

QUESTIONNAIRE INTERVIEW DE L'AGENT DE SANTE	
IDENTIFICATION DE LA FORMATION SANITAIRE	
<p>Nom de la FOSA _____</p> <p>Localisation de la FOSA _____</p> <p>Code de la FOSA</p> <p>Type de FOSA : (1 = Hôpital de référence; 2 = Hôpital de district; 3= Centre de santé; 4 = Dispensaire; 6 = Autre _____)</p> <p>Statut de la FOSA : (1 = Public; 2 = Agrée; 3 = Privé 96= Autre _____)</p>	<p>CODE FOSA <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>TYPE FOSA..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>STATUT FOSA..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p>
Information sur l'agent de santé	
<p>Fonction de l'agent de santé: (1 = Médecin Spécialiste ; 2 = Médecin Généraliste; 3=Infirmier A1 ; 4=Infirmier A2 ; 5=Infirmier A3 ; 7 = Auxiliaire de Santé; 96=Autre _____)</p> <p>Sexe de l'agent de santé: (1 = féminin; 2 = masculin)</p> <p>Code de l'agent de santé (Utiliser le même code que pour les questionnaires observation)</p>	<p>FONCTION AGENT DE SANTÉ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>SEXE AGENT DE SANTÉ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>CODE AGENT DE SANTÉ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p>
INFORMATION SUR L'INTERVIEW	
<p>Date: _____</p> <p>Nom de l'enquêteur _____</p> <p>Heure de début de l'interview:</p>	<p>JOUR <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>MOIS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>ANNÉE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>CODE ENQUÊTEUR ... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>HEURE..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>MINUTES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p>

Interview de l'agent de santé

100 **ENQUÊTEUR:** A LIRE A L'AGENT DE SANTÉ.

Bonjour. Je représente le Ministère de la Santé. Nous réalisons une enquête sur les établissements de santé qui fournissent des services aux femmes et aux enfants dans le but de trouver des moyens d'améliorer la prestation des services. Je voudrais vous poser des questions à ce sujet.

Ces informations sont complètement confidentielles. Vous pouvez si vous le souhaitez, arrêter cette interview à n'importe quel moment.

Avez-vous des questions pour moi?
 Acceptez-vous de participer à cette interview?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR..... DATE.....
 (Indique que le consentement de l'agent a été demandé)

NO.	QUESTIONS	MODALITÉS ET CODES	PASSER A
1. Formation et Expérience de l'agent de santé			
100a	Puis-je continuer?	OUI.....1 NON2	→ STOP
101	En quelle année, avez-vous commencé à travailler dans cette structure?	ANNÉE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
102	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre formation de base. Avant de commencer votre formation professionnelle, combien de années d'études, au total, avez-vous terminés avec succès?	ANNÉES..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
103	Quelle est votre qualification technique actuelle?	MEDECIN SPECIALISTE10 MEDECIN GENERALISTE11 INFIRMIER A120 INFIRMIER A221 INFIRMIER A322 AUXILIAIRE DE SANTÉ40 AUTRE96	
104	En quelle année, avez-vous terminé votre formation à l'école de médecine, de sciences infirmiers ou tout autre établissement de formation ?	ANNÉE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
105	Combien d'années après la formation de base que vous avez eue (TELLE QUE SAISIE A LA QUESTION 102) sont nécessaires pour obtenir la qualification technique que vous avez actuellement (TELLE QUE SAISIE A LA QUESTION 103) ? (Si moins d'une année, écrire "00" et indiquer le nombre de mois).	ANNÉES..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MOIS..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	

NO.	QUESTIONS	MODALITÉS ET CODES	PASSER A
106	En ce qui vous concerne maintenant, combien d'années de formation professionnelle, avez vous termin2 avec succès, en vue de l'obtention de votre qualification technique actuelle ?	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	

2. Soins de santé infantile

NO.	QUESTIONS	MODALITÉS ET CODES	PASSER A																											
201	Est-ce que vous donnez personnellement des soins de santé infantile?	OUI1 NON2	→301																											
202	Depuis combien d'années donnez-vous ces soins? SI MOINS D'UN AN ENRIGISTRER "00".	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>																												
203	POSER LA QUESTION SUIVANTE POUR CHAQUE SUJET SPÉCIFIQUE : Avez-vous reçu une formation au cours des cinq dernières années (SUJET) depuis que vous avez achevé votre formation médicale ou infirmière ? SI OUI, avez-vous reçu cette formation au cours des 12 derniers mois?	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">OUI</th> <th>NON,</th> </tr> <tr> <th>AU COURS DE 12 DERNIERS MOIS</th> <th>AU COURS DE 13-59 DERNIERS MOIS</th> <th>N'A PAS RECU DE FORMATION AU COURS DES 5 ANS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10) PEV/ CHAÎNE DE FROID</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>21) TRAITEMENT INFÉCTION RESPIRATOIRE ALGUE (IRA) ?</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>22) TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE?</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>23) TRAITEMENT DU PALUDISME ?</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>30) NUTRITION/CARENCE EN MICRO-NUTRIMENTS?</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>40 TRANSMISSION DU VIH/SIDA DE LA MÈRE À L'ENFANT ?</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>96 AUTRE _____ (À PRÉCISER)</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	OUI		NON,	AU COURS DE 12 DERNIERS MOIS	AU COURS DE 13-59 DERNIERS MOIS	N'A PAS RECU DE FORMATION AU COURS DES 5 ANS	10) PEV/ CHAÎNE DE FROID	2	3	21) TRAITEMENT INFÉCTION RESPIRATOIRE ALGUE (IRA) ?	2	3	22) TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE?	2	3	23) TRAITEMENT DU PALUDISME ?	2	3	30) NUTRITION/CARENCE EN MICRO-NUTRIMENTS?	2	3	40 TRANSMISSION DU VIH/SIDA DE LA MÈRE À L'ENFANT ?	2	3	96 AUTRE _____ (À PRÉCISER)	2	3	
OUI		NON,																												
AU COURS DE 12 DERNIERS MOIS	AU COURS DE 13-59 DERNIERS MOIS	N'A PAS RECU DE FORMATION AU COURS DES 5 ANS																												
10) PEV/ CHAÎNE DE FROID	2	3																												
21) TRAITEMENT INFÉCTION RESPIRATOIRE ALGUE (IRA) ?	2	3																												
22) TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE?	2	3																												
23) TRAITEMENT DU PALUDISME ?	2	3																												
30) NUTRITION/CARENCE EN MICRO-NUTRIMENTS?	2	3																												
40 TRANSMISSION DU VIH/SIDA DE LA MÈRE À L'ENFANT ?	2	3																												
96 AUTRE _____ (À PRÉCISER)	2	3																												

3. Planification familiale

NO.	QUESTIONS	MODALITÉS ET CODES	PASSER A									
301	Est-ce que vous donnez personnellement des services de planification familiale aux patients de cette structure?	OUI1 NON2	→401									
302	Depuis combien d'années donnez-vous ce service? SI MOINS D'UN AN ENRIGISTRER "00".	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>										
303	POSER LA QUESTION SUIVANTE POUR CHAQUE SUJET SPÉCIFIQUE : Avez-vous reçu une formation au cours des cinq dernières années (SUJET) depuis que vous avez achevé votre formation médicale ou infirmière ? SI OUI, avez-vous reçu cette formation au cours des 12 derniers mois?	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">OUI</th> <th>NON,</th> </tr> <tr> <th>AU COURS DE 12 DERNIERS MOIS</th> <th>AU COURS DE 13-59 DERNIERS MOIS</th> <th>N'A PAS RECU DE FORMATION AU COURS DES 5 ANS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	OUI		NON,	AU COURS DE 12 DERNIERS MOIS	AU COURS DE 13-59 DERNIERS MOIS	N'A PAS RECU DE FORMATION AU COURS DES 5 ANS				
OUI		NON,										
AU COURS DE 12 DERNIERS MOIS	AU COURS DE 13-59 DERNIERS MOIS	N'A PAS RECU DE FORMATION AU COURS DES 5 ANS										

	10) CONSEILS EN PLANIFICATION FAMILIALE ?	1	2	3
	20 TECHNOLOGIE CONTRACEPTIVE (TC) ?	1	2	3
	30 EN APPROCHE SYNDROMIQUE DES IST ?	1	2	3
	96 AUTRE _____ (À PRECISER)	1	2	3

4. Santé Maternelle

NO.	QUESTIONS	MODALITÉS ET CODES		PASSER A
401	Est-ce que vous donnez personnellement des soins prénatals?	OUI1	NON.....2	→404
402	Depuis combien d'années donnez-vous ce service? SI MOINS D'UN AN ENRIGISTRER "00".	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>		
403	POSER LA QUESTION SUIVANTE POUR CHAQUE SUJET SPÉCIFIQUE : Avez-vous reçu une formation au cours des cinq dernières années (SUJET) depuis que vous avez achevé votre formation médicale ou infirmière ? SI OUI, avez-vous reçu cette formation au cours des 12 derniers mois?	OUI		NON,
		AU COURS DE 12 DERNIERS MOIS	AU COURS DE 13-59 DERNIERS MOIS	N'A PAS RECU DE FORMATION AU COURS DES 5 ANS
	10) SOINS PRÉNATALS ?	1	2	3
	20 CONSEILS/EDUCATION POUR LA SANTÉ DES FEMMES ENCEINTES ?	1	2	3
	30 PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES À RISQUE ?	1	2	3
	50 TRANSMISSION DU VIH/SIDA DE LA MÈRE À L'ENFANT ?	1	2	3
	96 AUTRE _____ (À PRECISER)	1	2	3
404	Est-ce que personnellement vous donnez des soins à l'accouchement? Par là, je veux dire que c'est vous qui donnez les soins (personnellement).	OUI1	NON.....2	→409

NO.	QUESTIONS	MODALITÉS ET CODES	PASSER A																		
405	Depuis combien d'années donnez-vous ces soins à l'accouchement? SI MOINS D'UN AN ENRIGISTRER "00".	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>																			
406	POSER LA QUESTION SUIVANTE POUR CHAQUE SUJET SPÉCIFIQUE : Avez-vous reçu une formation au cours des cinq dernières années (SUJET) depuis que vous avez achevé votre formation médicale? SI OUI, avez-vous reçu cette formation au cours des 12 derniers mois?	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">OUI</th> <th>NON,</th> </tr> <tr> <th>AU COURS DE 12 DERNIERS MOIS</th> <th>AU COURS DE 13-59 DERNIERS MOIS</th> <th>N'A PAS RECU DE FORMATION AU COURS DES 5 ANS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	OUI		NON,	AU COURS DE 12 DERNIERS MOIS	AU COURS DE 13-59 DERNIERS MOIS	N'A PAS RECU DE FORMATION AU COURS DES 5 ANS	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
OUI		NON,																			
AU COURS DE 12 DERNIERS MOIS	AU COURS DE 13-59 DERNIERS MOIS	N'A PAS RECU DE FORMATION AU COURS DES 5 ANS																			
1	2	3																			
1	2	3																			
1	2	3																			
1	2	3																			
	10) SOINS DURANT LE TRAVAIL OU L' ACCOUCHEMENT ?																				
	20 UTILISATION DES COURBES DE SUIVI DU TRAVAIL (PARTOGRAMME)?																				
	30 FORMATION EN URGENCE OBSTETRICALE ?																				
	96 AUTRE _____ (À PRÉCISER)																				
407	Approximativement, combien d'accouchements avez-vous effectué en tant qu'agent en charge, pendant les 12 derniers mois? (INCLURE LES ACCOUCHEMENTS EFFECTUÉS DANS LES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES AINSI QUE LES STRUCTURES PRIVÉES ET LES DOMICILES)	NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																			
407a	SI LE NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS DECLARE NE SE RAPPORTE PAS A UNE ANNEE COMPLETE , INDIQUER LE NOMBRE DE MOIS CONCERNE PAR CES ACCOUCHEMENTS	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>																			
408	Quand avez-vous utilisé un partogramme pour la dernière fois?	JAMAIS.....0 LA SEMAINE PASSÉE.....1 LE MOIS PASSÉ2 AU COURS DES 6 DER. MOIS.....3 IL YA 6 MOIS OU PLUS4 NE SAIT PAS.....8																			
409	Donnez-vous personnellement des soins aux nouveaux-nés?	OUI1 NON2	→412																		
410	Depuis combien d'années donnez-vous ces soins? SI MOINS D'UN AN ENRIGISTRER "00".	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>																			

NO.	QUESTIONS	MODALITÉS ET CODES		PASSER A
411	POSER LA QUESTION SUIVANTE POUR CHAQUE SUJET SPÉCIFIQUE : Avez-vous reçu une formation au cours des cinq dernières années (SUJET) depuis que vous avez achevé votre formation médicale ou infirmière? SI OUI, avez-vous reçu cette formation au cours des 12 derniers mois?	OUI		NON, N'A PAS RECU DE FORMATION AU COURS DES 5 ANS
		AU COURS DE 12 DERNIERS MOIS	AU COURS DE 13-59 DERNIERS MOIS	
	10) SOINS AU NOUVEAU NÉ NORMAL ?	1	2	3
	20 RÉANIMATION NÉONATALE?	1	2	3
	50 TRANSMISSION DU VIH/SIDA DE LA MÈRE À L'ENFANT ?	1	2	3
96 AUTRE _____ (À PRÉCISER)	1	2	3	
412	Donnez-vous personnellement des soins post-natals?	OUI1	NON.....2	→501
413	Depuis combien d'années donnez-vous ces soins ? SI MOINS D'UN AN ENRIGISTRER "00".	ANNÉES..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
414	POSER LA QUESTION SUIVANTE POUR CHAQUE SUJET SPÉCIFIQUE : Avez-vous reçu une formation au cours des cinq dernières années (SUJET) depuis que vous avez achevé votre formation médicale? SI OUI, avez-vous reçu cette formation au cours des 12 derniers mois?	OUI		NON, N'A PAS RECU DE FORMATION AU COURS DES 5 ANS
		AU COURS DE 12 DERNIERS MOIS	AU COURS DE 13-59 DERNIERS MOIS	
	10) SOINS POSTNATALS ?	1	2	3
	20) PLANIFICATION FAMILIALE?	1	2	3
	50) TRANSMISSION DU VIH/SIDA DE LA MÈRE À L'ENFANT ?	1	2	3
96) AUTRE _____ (À PRÉCISER)	1	2	3	
5. MST/VIH/SIDA				
501	Donnez-vous personnellement des soins aux patients atteints d'infections sexuellement transmises (IST)?	OUI1	NON.....2	→504
502	Depuis combien d'années donnez-vous ces soins ? SI MOINS D'UN AN ENRIGISTRER "00".	ANNÉES..... <input type="text"/> <input type="text"/>		

NO.	QUESTIONS	MODALITÉS ET CODES		PASSER A
503	POSER LA QUESTION SUIVANTE POUR CHAQUE SUJET SPÉCIFIQUE : Avez-vous reçu une formation au cours des cinq dernières années (SUJET) depuis que vous avez achevé votre formation médicale? SI OUI, avez-vous reçu cette formation au cours des 12 derniers mois?	OUI		NON, N'A PAS RECU DE FORMATION AU COURS 5 ANS
		AU COURS DE 12 DERNIERS MOIS	AU COURS DE 13-59 DERNIERS MOIS	
	10) CONSEILS DE PREVENTION DES IST ?	1	2	3
	20) DIAGNOSTIC ET TRAITEMENTS DES ITS ?	1	2	3
	30 APPROCHE SYNDROMIQUE DES IST ?	1	2	3
	50 TRANSMISSION DU VIH/SIDA DE LA MÈRE À L'ENFANT ?	1	2	3
96 AUTRE _____ (À PRÉCISER)	1	2	3	
504	Donnez-vous personnellement des soins aux patients qui sont positifs au VIH/SIDA?	OUI	1	→ 601
		NON	2	
505	Si oui, quel type de soins offrez-vous?	OUI NON		
		CONSEILS/ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL..... 1 2		
		PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE LA MALADIE..... 1 2		
		THÉRAPIE ANTI-RETROVIRALE.....1 2		
506	Depuis combien d'années donnez-vous ces soins ? SI MOINS D'UN AN ENREGISTRER "00".	ANNÉES	<input type="text"/>	<input type="text"/>
507	POSER LA QUESTION SUIVANTE POUR CHAQUE SUJET SPÉCIFIQUE : Avez-vous reçu une formation au cours des cinq dernières années (SUJET) depuis que vous avez achevé votre formation médicale? SI OUI, avez-vous reçu cette formation au cours des 12 derniers mois?	OUI		NON, N'A PAS RECU DE FORMATION AU COURS 5 ANS
		AU COURS DE 12 DERNIERS MOIS	AU COURS DE 13-59 DERNIERS MOIS	
	10) CONSEILS DE PREVENTION DU VIH/SIDA ?	1	2	3
	11) CONSEILS/ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL DE PATIENTS INFECTÉS PAR LE VIH/SIDA ?	1	2	3
	20 PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PATIENTS INFECTÉS PAR LE VIH/SIDA ?	1	2	3
	21 TRAITEMENT ANTI-RETROVIRAL DES PATIENTS INFECTÉS PAR LE VIH/SIDA ?			
	50 TRANSMISSION DU VIH/SIDA DE LA MÈRE À L'ENFANT ?	1	2	3
96 AUTRE _____ (À PRÉCISER)	1	2	3	

6. Supervision

NO	QUESTIONS	MODALITÉS ETCODES	PASSER A
601	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été supervisé dans votre travail?	OUI.....1 NON2	→701
602	Combien de fois, au cours des 6 derniers mois, avez-vous été supervisé dans votre travail?	NO DE FOIS <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
603	Qu'a fait votre superviseur la dernière fois qu'il/qu'elle a effectué une visite?	OUI NON NSP	
	1) Revu vos dossiers/rapports	VERIFIE DOSSIERS1	2 8
	2) Observé votre travail?	OBSERVE1	2 8
	3) Donné un feedback sur les performances?	DONNE FEEDBACK.....1	2 8
	4) Mise à niveau pour les questions administratives et techniques?	MISE A NIVEAU1	2 8
	5) Discuté des problèmes rencontrés?	DISCUSTE DES PROBLÈMES.....1	2 8
	6) Rien d'autre _____ ? (A PRECISER)	AUTRE _____ 1	2 8

7. Opinion de l'agent de santé

701	Dites-moi, trois principales solutions (ou problèmes dont la résolution) sont susceptibles d'améliorer votre travail ?	PÉNURIE DE PERSONNEL.....A TRAITER LE PERSONNEL MIEUX..... B PAYER MIEUX C PLUS DE FORMATION D MEILLEUR/PLUS DE SUPERVISION; PLUS DE CONSEILS SUR LE TRAVAIL..... E PLUS/MEILLEURS EQUIPEMENTS OU FOURNITURES..... F TRANSPORT INADAPTÉS POUR LES PATIENTS G MEILLEUR ENVIRONNEMENT PHYSIQUE DE LA FOSA H MEILLEURE SECURITÉ I AUTRE _____ X	
702	MARQUER L'HEURE DE FIN DE L'INTERVIEW.	HEURE <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> MINUTES..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
703	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTEUR		