



## Enquête sur l'énergie

### *Questionnaire Établissement de santé pour l'Enquête d'accès à l'énergie selon le cadre multi-niveaux (MTF)*

#### *Version 11 Français*

#### A. IDENTIFICATION COMMUNAUTAIRE

A.1	Nom Région		Voir codebook
A.2	Code Région		Voir codebook
A.3	Nom Commune		Voir codebook
A.4	Code Commune		Voir codebook
A.5	Nom Village /Ville		
A.6	Localité		Urbain ..... 1 Rural ..... 2 Périurbain ..... 3
A.7	Langue d'enquête		
A.8	ID Communauté		Voir codebook
A.9	Coordonnées Géographiques de l'établissement de santé	a. Latitude  _ _ ° _ _ ' _ _ _ ' n	b. Longitude  _ _ ° _ _ ' _ _ _ ' e

\* LE REpondant DEvrait être l'ADMINISTRATEUR OU LA PERSONNE CHARGÉE DE PAYER LES FACTURES

\*\* L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ CHOISI DOIT ÊTRE CELUI QUI EST LE PLUS FRÉQUEMMENT UTILISÉ PAR LA MAJORITÉ DES MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ.

**B. ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE**

*Fournir des informations sur le répondant pour le questionnaire établissement de santé.*

	B.1	B.2	B.3	B.4	B.5	B.6	B.7	B.8	B.9	B.10	B.11
CODE ÉTABLISSEMENT DE SANTE	<i>CAPI</i> :/ Notez l'heure de début de l'interview	<i>CAPI</i> :/ jour et mois de l'interview	Nom du répondant	Sexe	Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous avez atteint?	Combien d'années de [B.5] avez-vous suivi et terminées?	Quel poste occupez-vous actuellement dans cet établissement?	Depuis combien d'années occupez-vous ce poste dans cet établissement? <b>Années</b>	Quel est le numéro de téléphone de contact pour l'établissement?	Quel est le nom de cet établissement?	Quel est le type ou le niveau de cet établissement ?
	a. Heure	b. Min	a. Mois	b.Jour	<b>Code</b> Homme ..... 1 Femme ... 2	<b>Code</b> Aucun..... 1 1→ <b>B.7</b> Primaire ... 2 Secondaire I ...3 Secondaire II...4 Formation professionnelle/Technique.....5 Université .. 6	<b>Code</b> Infirmière / assistant médical..... 1 Docteur / Médecin..... 2 Directeur de l'établissement ..... 3 Administrateur de l'établissement ..... 4 Autre, précisez ..... 555	<b>Code</b> SI PAS DE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE, ENTRER "99"	Nom de l'établissement	<b>Code</b> Case de santé.....1 Centre de santé type 1..... 2 Centre de santé type 2.....3 Hôpital ..... 4 Autre précisez).... 555	

B.11 A	B.12	B.13	B.14	B.15	B.16	B.17	B.18	B.19
De quel type d'établissement s'agit-il?	Combien de personnes travaillent dans cet établissement?	Combien de patients visitent cet établissement par jour en moyenne lorsque l'établissement est ouvert?	Combien de lits possède l'établissement pour les patients?	Est-ce que cet établissement fonctionne 24 heures sur 24?  Oui ... 1 → <b>B.18</b> Non ... 2	A quelles heures cet établissement ouvre et ferme-t-il habituellement?		Est-ce que cet établissement a une source d'électricité, y compris le raccordement au réseau, générateur, énergie solaire ou batteries rechargeables?  Oui ..... 1 → <b>B.20</b> Non ..... 2	Quelle est la principale source d'éclairage pour l'établissement?  <b>CODE</b> Aucune source d'éclairage ..... 1 → <b>B.90</b> Lanterne solaire..... 2 → <b>B.34</b> Eclairage à base de combustible..... 3 → <b>B.90</b> lampes à pétrole ..... 4 → <b>B.90</b> Bougies ..... 5 → <b>B.90</b> Pile..... 6 → <b>B.90</b>  Autre, précisez ..... 555
<b>CODE</b> Etablissement public / gouvernemental ..... 1 Etablissement privé ..... 2 Etablissement affilié à un groupe religieux ..... 3 Etablissement affilié à une ONG / organisme à but non lucratif... 4 Autre, précisez ..... ... 555	<b>Nombre d'employés</b>				a. Horaire d'ouverture	b. Heure de fermeture		
					a. matin b. après-midi	a. matin b. après-midi		

TOUS					RESEAU
B.20	B.21	B.22	B.23	B.24	B.25
<p>Quelle est la principale source d'électricité dans l'établissement?</p> <p><b>CODE</b>  Réseau national (Compagnie d'électricité) ..... 1  mini-réseau ..... 2  Générateur..... 3</p> <p>Produit solaire avec plusieurs points lumineux (avec charge de téléphone et/ou radio)...4</p> <p>Système solaire avec plusieurs points lumineux (avec charge de téléphone et TV/ventilateur/réfrigérateur).....5</p> <p>Batterie rechargeable ..... 6  Autre, précisez ..... 555</p>	<p>Au cours des 12 derniers mois, pendant les heures où l'établissement est ouvert, pendant combien d'heures l'électricité est-elle disponible chaque jour en moyenne?</p> <p>Heures</p>	<p>Au cours des 12 derniers mois est-ce que l'établissement a connu des situations dans lesquelles les appareils ne peuvent pas être utilisés ou ont été endommagés à cause de <u>baisses de tension ou des variations de tension</u> à partir de la source d'électricité principale?</p> <p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2 → <b>B.24</b></p>	<p>Dans quelle mesure les problèmes de baisses de tension ou fluctuations perturbent-ils la prestation des services de santé?</p> <p><i>Lire les options à voix haute</i></p> <p><b>Code</b>  Peu ou pas ..... 1  Modérément ..... 2</p> <p>Beaucoup ..... 3  Je ne sais pas ..... 888</p>	<p><i>CAP/ Enquêteur:</i>  <b>La réponse à la question B 20 est-elle "réseau national " (Code 1) ou «mini-réseau local» (Code 2)</b></p> <p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2 → <b>B 28</b></p>	<p>Combien y a-t-il <u>de coupures d'électricité non programmées</u> dans une semaine typique?</p> <p>Nombre d'interruption par semaine</p> <p>Si "0" → <b>B 29</b></p>

CODE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

RESEAU		ENQUETEUR: N'oubliez pas de demander à voir LA FACTURE (SI IL Y EN A UNE)						
B.26	B.27	B.28	B.29	B.30	B.31	B.32	B.33	
<p>Quelle était la durée moyenne de chaque <u>coupure imprévue</u>?</p> <p>a.. Heures</p> <p>b. mins</p>	<p>Dans quelle mesure les problèmes <u>de coupure non planifiée</u> perturbent-ils la prestation des services?</p> <p><i>Lire les options à voix haute</i></p> <p><b>Code</b> Peu ou pas ... 1 Modérément ..... 2</p> <p>Beaucoup ..... 3 Je ne sais pas .... 888</p>	<p><i>CAPI / Enquêteur:</i> <b>La réponse à B.20 est-elle équipement solaire Code 4 ou 5 ?</b></p> <p><b>Code</b> Oui ..... 1 → <b>B 34</b> Non ..... 2</p>	<p>Au cours des 12 derniers mois, qui paie régulièrement pour l'électricité / combustible dans l'établissement?</p> <p><b>Code</b> Etablissement ..... ... 1 Le gouvernement central ... 2 Communauté / village / municipalité ..... 3 Aucun paiement nécessaire ..... 4</p> <p>Autre, précisez ..... ..555</p>	<p>Qui reçoit le paiement pour la source principale d'électricité?</p> <p><b>Code</b> Représentant local / officiel de la société d'énergie ..... 1 Communauté / village / municipalité ..... ... ..2 Parent ..... ..3 Voisin ..... 4 Propriétaire ..... ..5 Commerçant pour l'achat de combustible pour le générateur ..... ..6 Pas besoin de payer (uniquement payé pour l'équipement ) ..... ..7 Autre, précisez ..... ..555</p>	<p>Au cours des 12 derniers mois, combien l'établissement a-t-il dépensé pour la principale source d'électricité (y compris le carburant) <b>par mois</b> en moyenne?</p> <p><b>Monnaie locale</b></p> <p>Je ne sais pas ..... ..888</p>	<p>Quel est le prix unitaire actuel que l'établissement paie pour l'électricité?</p> <p><b>Coût (monnaie locale)</b></p> <p>Je ne sais pas ... 888</p> <p><b>Code de l'unité</b> kWh ..... .. 1 Litre ..... ..2 Recharge de la batterie (par batterie) ..... ..3</p> <p>Autre, spécifier..555</p>	<p><i>CAPI/Enquêteur:</i> <b>Le répondant a-t-il utilisé une facture d'énergie récente pour aider à répondre à B.31 et B.32?</b></p> <p>Oui ..... 1 Non ..... ..2 → <b>TOUS B53</b></p>	

CODE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

		SOLAIRE																																						
		B.34	B.35	B.36		B.37		B.38		B.39		B.40		B.41		B.42		B.43		B.44		B.45																		
CODE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	<p>Combien d'équipements solaires possédez-vous?</p>	<p>Combien de types de lanternes solaires différentes possède l'établissement?</p>	<p>De quel type sont vos 2 systèmes les plus importants?</p> <p><i>Commencer avec le système le plus important en (a)</i></p> <p><b>Code</b> Lanterne solaire...1 Produit solaire avec plusieurs points lumineux (avec charge de téléphone et/ou radio)...2 Système solaire avec plusieurs points lumineux (avec charge de téléphone et TV/ventilateur /réfrigérateur) .....3 n'est pas applicable...777</p>		<p>Quand est-ce que le système a été installé ou acheté?</p> <p>[mois année]</p>		<p>Est-ce que le système fonctionne encore?</p> <p><b>Code</b> Oui .... 1 → <b>B 40</b> Non .... 2</p>		<p>Quand a-t-il arrêté de fonctionner ?</p> <p>[mois année] <b>TOUS → B 41</b></p>		<p>Est-ce que le système fonctionne toujours de la même façon que quand il a été installé /ou acheté ?</p> <p><b>Code</b> Oui ..... 1 Non ..... 2</p>		<p>Avez-vous acheté le système ou a-t-il été fourni gratuitement?</p> <p><b>Code</b> Achat ..... 1 → <b>B 43</b> Gratuit 2</p>		<p>Qui vous a donné cet appareil, ou vous a parrainé pour acquérir cet appareil?</p> <p><b>Code</b> organisations privées locales (ONG) ..... ... 1 Vendeur Privé..... 2 Le gouvernement local ..... 3 Le gouvernement central ..... 4 Politicien ..... 5 Parent / ami ... 6 Autre, précisez ... .555</p>		<p>[CAPI] Si B 36 = système solaire (code 3) Les batteries ont-elles été changées sur ce système?</p> <p><b>Code</b> Oui ..... 1 Non ..... 2 → <b>B 45</b></p>		<p>[CAPI] Si B 36 = système solaire (code 3) Qui a payé pour les nouvelles batteries?</p> <p><b>Code</b> Établissement ..... ... 1 gouvernement local ..... 2 gouvernement national ..... 3 ONG / bailleurs de fonds ... 4 Autre, précisez ..... 555  Je ne sais pas ..... ... 888</p>		<p>[CAPI] Si B 41 = Acheté (code 1) Combien l'établissement a-t-il dépensé dans l'achat de la solution solaire au total?</p> <p><b>Monnaie locale</b> Je ne sais pas ..... ..888</p>		a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b
		<p>Lanterne solaire..  _ _  Produit solaire avec plusieurs points lumineux (avec charge de téléphone et/ou radio)...  _ _  → <b>B 36</b></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><b>Lanternes de différents modèles / types acquis par</b></p>																																					



		SOLAIRE									
CODE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ		B.46	B.47	B.48	B.49	B.50	B.51	B.52	B.53	B.54	B.55
		Qui entretient le système solaire?  <i>[Réponse pour le plus ancien système fonctionnant toujours]</i>  <b>Code</b> Le personnel de l'établissement ..... 1 Technicien de la société qui a installé le système. .... 2 Le gouvernement local ..... 3 ONG ..... 4  Personne / système n'a pas besoin d'entretien ..... 6	Est-ce que l'entreprise / organisation qui a installé le système fournit une formation pour l'entretien?  <i>[Réponse pour le plus ancien système fonctionnant toujours]</i>  <b>Code</b> Oui ..... 1 Non ..... 2	Qui appelez-vous lorsque le système ne fonctionne pas correctement?  <i>[Réponse pour le plus ancien système fonctionnant toujours]</i>  <b>Code</b> Le personnel de l'établissement ..... 1  Technicien de la société qui a installé le système ..... 2  Le gouvernement local ..... 3 ONG ..... 4 Personne ..... 5 5 → <b>B 51</b> Autre, précisez ... ..... 555	Combien de fois les avez-vous appelé depuis que le système a été installé / acquis?  <i>[Réponse pour le plus ancien système fonctionnant toujours]</i>  <b>Nombre de fois</b>  Si 0 aller à <b>B.51</b>	Ont-ils résolu le problème?  <i>[Réponse pour le plus ancien système fonctionnant toujours]</i>  <b>Code</b> Oui ... ..1  Non ..... 2	Comment l'entretien et les pièces de rechange sont-ils payés?  <i>[Réponse pour le plus ancien système fonctionnant toujours]</i>  <b>Code</b> Budget ordinaire de l'établissement ..... 1 Budget spécial pour l'entretien ..... 2 Par gouvernement local ..... 3 Par gouvernement national ..... 4  Pas de fonds disponibles / pas besoin ..... 5  Autre, précisez ..... 555	Les heures de fonctionnement de l'établissement sont-elles limitées par la disponibilité de l'approvisionnement en énergie?  <b>Code</b> Oui ..... 1 Non ..... 2	Au cours des 12 derniers mois, la source d'électricité principale a-t-elle causé des accidents qui ont causé des blessures corporelles (y compris des blessures mineures)?  <b>Code</b> Oui ..... 1 Non ..... 2 → <b>B 56</b>	Quel est le type de dommages le plus grave causé par la source d'électricité principale au cours des 12 derniers mois?  <b>Code</b> La mort ou dommage corporel permanent.....1 1 Autre blessure majeure ..... 2  Blessure mineure ..... 3	Quelle est la raison de cette blessure?  <b>Code</b> Négligence ou erreur.....1 Méconnaissance du mode d'emploi des appareils....2 Câblage électrique/connexion défectueuse.....3 Autre, précisez.....555

	B.56	B.57	B.58	B.59	B.60	B.61
<b>CODE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ</b>	Est-ce que l' établissement possède <b>une source d'électricité de secours</b> à utiliser lorsque la source principale est défaillante?	Quelle est la source d'électricité de secours dans l'établissement?	Quelle est la contrainte la plus importante que l' établissement rencontre avec la source d'électricité principale?	Sur la base des conditions météorologiques générales dans la région, est-ce que cet établissement a besoin d'être chauffé au cours d'une période de l'année?	Est-ce que l' établissement possède le chauffage en cas de besoin?	Quelle partie de l'établissement est couverte par le chauffage en cas de besoin (en termes de taille ou le nombre de pièces)?
	<p><b>Code</b></p> <p>Oui ..... ..1</p> <p>Non ..... ..2 → <b>B 58</b></p>	<p><b>Code</b></p> <p>connexion au réseau national ..... 1</p> <p>mini-réseau local ..... ..2</p> <p>Générateur ..... ..3</p> <p>Lanterne solaire..4</p> <p>Produit solaire avec plusieurs points lumineux (avec charge de téléphone et/ou radio)....5</p> <p>Système solaire avec plusieurs points lumineux (avec charge de téléphone et TV/ventilateur/réfrigérateur) .....6</p> <p>Batterie rechargeable ... 7</p> <p>Piles 8</p> <p>Non applicable ..... ..9</p> <p>Autre, précisez ..... ..555</p>	<p>Durée de fourniture (heures par jour) ..... ..1</p> <p>Problèmes de basse tension ou des fluctuations de tension... 2</p> <p>interruptions imprévisibles ..... ..3</p> <p>Factures imprévisibles ..... ..4</p> <p>Trop cher..... ..5</p> <p>Ne peut pas alimenter les gros appareils électriques..... ..6</p> <p>Pas de contraintes ..... ..7</p> <p>Autre précisez..... ..555</p>	<p><b>Code</b></p> <p>Oui ..... ..1</p> <p>Non ..... ..2 → <b>B 66</b></p>	<p><b>Code</b></p> <p>Oui ..... .. 1</p> <p>Non ..... .. 2 → <b>B 66</b></p>	<p><b>Code</b></p> <p>&lt;25% ..... 1</p> <p>25-50% ..... 2</p> <p>51-75% ..... 3</p> <p>76-94% ..... 4</p> <p>95% ou plus ..... 5</p> <p>Je ne sais pas ..... 888</p>

CHAUFFAGE				
	B.62	B.63	B.64	B.65
CODE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	Est-ce que la température fournie par le système de chauffage est adéquate?	En moyenne, sur le nombre total d'heures que l' établissement est ouvert, de combien d'heures de chauffage le établissement a-t-il besoin pendant la saison où c'est nécessaire?	Au cours de la saison la plus récente où le chauffage était nécessaire, y a-t-il eu des coupures imprévues importantes de chauffage dans l'établissement?	Pensez-vous que le système de chauffage dans l' établissement est sûr en termes de fumées ou risque de brûlures?
	<b>Code</b> Oui ..... 1 Non ..... 2 Je ne sais pas ...888	<b>Heures</b>	<b>Code</b> Oui ..... 1 Non ..... 2 Je ne sais pas ... 888	<b>Code</b> Oui ..... 1 Non ..... 2 Je ne sais pas ... 888

Numéro d'article	Article/appareils	a. Est-ce que l'établissement utilise un . [ARTICLE]...? Code Oui .....1 Non .....2 →article suivant	b. Combien de ces appareils / articles l'établissement utilise-t-il?  Nombre	c. Est-il en courant continu, alternatif ou portable?  (CAPI: Uniquement pour l'établissement de santé et les articles de B.77 à B.86)  Code Alternatif ..... 1 Continu ..... 2 Portable.....3 Je ne sais pas ... 888
B.66	Ampoules / Appareil d'Éclairage électrique			
B.67	Télévision, projecteur ou autre Équipement A / V			
B.68	Ordinateur ou Imprimante			
B.69	Connexion Internet			
B.70	Ventilateurs ou refroidisseurs d'Air par évaporation			
B.71	Climatiseur			
B.72	Réfrigération ou Refroidisseurs d'eau potable			
B.73	Agents/kiosques d'argent mobile			
B.74	Kiosques de recharge Téléphone mobile			
B.75	Pompe à eau			
B.76	Réservoirs d'eau			
B.77	Stérilisateur			
B.78	Machines Rayon X			
B.79	Microscope			
B.80	Centrifugeuse .			
B.81	Réfrigérateur pour la vaccination			
B.82	Ultrason			
B.83	Nébuliseur et oxymètre de pouls			
B.84	Machine ECG			
B.85	Moniteur de glucose sanguin			
B.86	Dispositif d'aspiration, anesthésie			

	B.87	B.88	B.89	B.90		
<b>CODE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ</b>	<p>Parmi les éléments énumérés et NON UTILISÉS, lequel améliorerait la qualité des services dans l'établissement le plus significativement?</p> <p><b>Code</b> Voir les codes ci-dessous</p> <p>Si « Aucun ».....111 → <b>B 89</b></p>	<p>Quelle est la principale raison pour laquelle l'établissement n'utilise pas cet article? <b>(Se reporter à l'article mentionné dans B.87)</b></p> <p><b>Code</b></p> <p>L'appareil n'est pas disponible ..... 1 L'appareil n'est pas abordable ..... 2 Manque de disponibilité de l'énergie ..... 3 En raison du coût de l'énergie ..... 4 En raison de la capacité du système d'alimentation ..... 5 Autre, spécifier ..... 555</p>	<p>Est-ce que la capacité de la source d'électricité principale est suffisante pour faire fonctionner tous les appareils électriques nécessaires à l'établissement en même temps?</p> <p><b>Code</b></p> <p>Oui ..... .1 Non ..... ..2</p>	<p><i>CAP/enquêteur:</i> Notez l'heure de fin de l'interview</p> <table border="1"> <tr> <td>a.. Heure</td> <td>b. Minutes</td> </tr> </table>	a.. Heure	b. Minutes
a.. Heure	b. Minutes					

- AMPOULES / APPAREIL D'ÉCLAIRAGE ELECTRIQUE .....1
- TELEVISION, PROJECTEUR OU AUTRE EQUIPEMENT A / V ..... 2
- ORDINATEUR OU IMPRIMANTE ..... 3
- CONNEXION INTERNET..... 4
- VENTILATEURS OU REFFROIDISSEUR D'AIR PAR EVAPORATION. . 5
- CLIMATISEUR.....6
- REFRIGERATION OU REFROIDISSEUR D'EAU POTABLE..... 7
- AGENTS / KIOSQUES D'ARGENT MOBILE ..... 8
- KIOSQUES DE RECHARGE DE TELEPHONE MOBILES..... 9
- POMPE A EAU.....10
- STERILISATEUR..... 11
- MACHINES RAYONS-X..... 12
- MICROSCOPE..... 13
- CENTRIFUGEUSE .....14
- REFRIGERATEUR POUR LA VACCINATION ..... 15
- ULTRASON..... 16
- NÉBULISEUR ET OXIMETRE DE POULS ..... 17
- MACHINE ECG..... 18
- MONITEUR DE GLYCÉMIE..... 19
- APPAREIL D'ASPIRATION, ANESTHESIE ..... 20