

INSTITUT NATIONAL DE
LA STATISTIQUE

MINISTERE DELEGUE AUPRES DU PREMIER
MINISTRE, CHARGE DE L'ECONOMIE,
DES FINANCES ET DU PLAN

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE

QUESTIONNAIRE SUR LA DISPONIBILITE DES SERVICES

IDENTIFICATION																								
NOM DU DEPARTEMENT _____			□ □																					
NOM DE LA SOUS-PREFECTURE _____			□ □																					
N° DU DISTRICT DE RECENSEMENT			□ □ □																					
N° DE LA GRAPPE.....			□ □ □																					
NOMBRE D'HABITANTS DANS LA SOUS-PREFECTURE : □ □ □ □ □																								
FONCTION OU TITRE (*) DES PERSONNES INTERROGEES (*) 1 - Préfet 2 - Sous-préfet 3 - Autres autorités locales 4 - Autorités traditionnelles 5 - Personnel éducation 6 - Personnel médical 7 - Personnel religieux 8 - Autres	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">TITRE (*)</th> <th colspan="2" style="width: 30%;">SEXE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	TITRE (*)	SEXE																				NOMBRE DE PERSONNES ENQUETEES : □	
TITRE (*)	SEXE																							
DATE DE DEBUT DE LA VISITE AU DISTRICT DE RECENSEMENT	JOUR □ □	MOIS □ □	ANNEE □ □																					
DATE DE LA FIN DE LA VISITE AU DISTRICT DE RECENSEMENT	JOUR □ □	MOIS □ □	ANNEE □ □																					
NOM DE L'ENQUETEUR : _____	CODE DE L'ENQUETEUR □ □																							

SECTION 1A. CARACTERISTIQUES DE LA COMMUNAUTE

No.	QUESTIONS	CODES	PASSER /
-----	-----------	-------	----------

LES QUESTIONS 101 ET 102 DOIVENT ETRE COMPLETEES PAR L'ENQUETEUR DES SON ARRIVEE A LA GRAPPE.

101	TYPE DE LOCALITE	ABIDJAN.....1 → 108 CHEF LIEU DE DEPARTEMENT.....2 → 107 CHEF LIEU DE SOUS-PREFECTURE.....3 → 106 VILLAGE.....4 → 106 CAMPAGNE.....5	
102	DENSITE DE LA GRAPPE	GROUPEE.....1 DISPERSEE.....2	

DES INFORMATEURS BIEN RENSEIGNES SUR LA GRAPPE DOIVENT REpondRE AUX QUESTIONS SUIVANTES DES SECTIONS 1 ET 2.

103	Quel est le nom du chef-lieu de sous-prefecture le plus proche? (ECRIRE ENTRE PARENTHESE LA SOUS-PREFECTURE D'APPARTENANCE)	_____ <input type="text"/>	
104	Combien d'heures de marche faut-il pour s'y rendre ?	HEURES... <input type="text"/> MINUTES.. <input type="text"/>	
105	Quel est le mode de transport usuel pour se rendre au (CHEF LIEU DE SOUS-PREFECTURE LE PLUS PROCHE) ?	MOTOCYLETTE/BICYCLETTE.....1 TAXI-BROSSE.....2 CAMION/CAMIONNETTE.....3 PIROGUE.....4 CHARRETTE.....5 AUCUN.....6	
106	Quelle est la principale voie d'accès à (VILLAGE/QUARTIER)	ROUTE GOUDRONNEE.....1 ROUTE SECONDAIRE.....2 ROUTE PRATICABLE PERIODIQUEMENT.3 VOIE D'EAU.....4 SENTIER/PISTE.....5 AUTRE.....6	
107	Quelles sont les principales activites économiques des habitants de (VILLAGE/QUARTIER)? (ENCERCLER TOUT CE QUI EST PERTINENT)	AGRICULTURE.....A PECHE/ELEVAGE.....B COMMERCE.....C ARTISANAT.....D INDUSTRIE.....E SERVICES.....F MINES.....G AUTRE.....H	
108	Comment sont évacués les eaux usées de (VILLAGE/QUARTIER)?	SYSTEME D'EGOUT.....1 CANAL, RIVIERE.....2 FOSSEPTIQUE.....3 SANS.....4	
109	Comment sont évacués les déchets, immondices de (VILLAGE/QUARTIER) ?	BAC A ORDURE.....1 BRULER.....2 ENTERRER.....3 JETER N'IMPORTE OU.....4 AUTRE.....5	

OBSERVATIONS:

SECTION 1B. DISPONIBILITE DES SERVICES PUBLICS LES PLUS PROCHES DE LA LOCALITE OU DANS LA LOCALITE.

SERVICES GENERAUX	110 A quelle distance du lieu d'enquête se trouve le (SERVICE)? [a]	111 Quel est le moyen de déplacement utilisé pour s'y rendre ?	112 Combien de temps faut-il pour s'y rendre avec le le moyen utilisé ?
A. ENSEIGNEMENT			
1 Ecole primaire	Km [] [] '00' ou '98'	Véhicule.....1 Bicyclette.....2 Charrette.....3 A pied.....4 Autre.....5	Heure Minute [] [] []
2 Ecole secondaire 1er cycle	Km [] [] '00' ou '98'	Véhicule.....1 Bicyclette.....2 Charrette.....3 A pied.....4 Autre.....5	Heure Minute [] [] []
3 Ecole secondaire 2ème cycle	Km [] [] '00' ou '98'	Véhicule.....1 Bicyclette.....2 Charrette.....3 A pied.....4 Autre.....5	Heure Minute [] [] []
4 Enseignement technique & professionnel	Km [] [] '00' ou '98'	Véhicule.....1 Bicyclette.....2 Charrette.....3 A pied.....4 Autre.....5	Heure Minute [] [] []
B. SERVICES GENERAUX			
5 Poste & Télécommunication	Km [] [] '00' ou '98'	Véhicule.....1 Bicyclette.....2 Charrette.....3 A pied.....4 Autre.....5	Heure Minute [] [] []
6 Boutique (Epicerie)	Km [] [] '00' ou '98'	Véhicule.....1 Bicyclette.....2 Charrette.....3 A pied.....4 Autre.....5	Heure Minute [] [] []
7 Marché journalier	Km [] [] '00' ou '98'	Véhicule.....1 Bicyclette.....2 Charrette.....3 A pied.....4 Autre.....5	Heure Minute [] [] []
8 Marché hebdomadaire	Km [] [] '00' ou '98'	Véhicule.....1 Bicyclette.....2 Charrette.....3 A pied.....4 Autre.....5	Heure Minute [] [] []
10 Transport en commun	Existe-t-il un service de transport desservant le lieu de l'enquête avec d'autres centres (FIR) environnants ? 1 - OUI 2 - NON → 113 ↓ Fréquence : 1 - JOUR 2 - SEMAINE 3 - MOIS		

CODES: [a] 97 = 97+
00 = Moins de 1Km /situé dans une grappe rurale
98 = Aucune installation connue

1-2

OBSERVATIONS:

1

SECTION 1C. PROGRAMMES DE SANTE ET DE PLANIFICATION FAMILIALE DANS LA COMMUNAUTE

No.	QUESTIONS	CODES	PASSE
113	Y a-t-il un agent de la santé ou de planification familiale dans ce (VILLAGE/QUARTIER)?	OUI.....1 NON.....2	→ 114
113a	Est-ce que cette personne peut fournir (LISTE) ? a: Instruction ou Paquets de SRO ? b: Prévention de la santé ? c: Vaccinations? d: Services de Planification familiale ?	SRO: OUI.....1 NON.....2 PREVENTION DE LA SANTE OUI.....1 NON.....2 VACCINATIONS: OUI.....1 NON.....2 PLANIFICATION FAMILIALE OUI.....1 NON.....2	
114	Est-ce qu'un animateur de la planification familiale rend visite le (VILLAGE/QUARTIER) ?	OUI.....1 NON.....2	
115	Est-ce qu'un agent de terrain de la santé ou de la planification familiale visite le (VILLAGE/QUARTIER) ?	OUI.....1 NON.....2	→ 116
115a	Combien de fois l'agent de terrain visite-t-il le (VILLAGE/QUARTIER)?	NO. DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> PAR MOIS...1 AN.....2	
115b	Cet agent procure-t-il (LISTE) ? a: Instruction ou Paquets de SRO ? b: Prévention de la santé ? c: Vaccinations? d: Services de la Planification familiale ?	SRO: OUI.....1 NON.....2 PREVENTION DE LA SANTE: OUI.....1 NON.....2 VACCINATIONS: OUI.....1 NON.....2 PLANIFICATION FAMILIALE OUI.....1 NON.....2	
116	Y a-t-il une accoucheuse traditionnelle disponible pour assister régulièrement les femmes pendant l'accouchement?	OUI.....1 NON.....2	→ 117
116a	Est-ce que l'accoucheuse traditionnelle a reçu une formation spéciale du Ministère de la Santé ou d'un autre organisme?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
117	Est-ce que cette zone est couverte par une sage-femme formée?	OUI.....1 NON.....2	
118	Y a-t-il un guérisseur traditionnel (formé ou non-formé) dans le (VILLAGE/QUARTIER) ?	OUI.....1 NON.....2	
119	Y a-t-il eu une campagne de santé ou de planification familiale dans le (VILLAGE/QUARTIER) durant l'année dernière ?	OUI.....1 NON.....2	→ Section
119a	Quel était le but spécifique de cette campagne? (ENCERCLER TOUT CE QUI EST PERTINENT)	ESPACEMENT DES NAISSANCES.....A AVANTAGES DE LA CONTRACEPTION...B PROMOTION DE METHODE(S) SPECIFIQUE(S).....C PEI.....D SRO.....E SIDA.....F NUTRITION.....G ASSAINISSEMENT.....H AUTRE (PRECISER).....I	

SECTION 2.

SECTION SUR L'IDENTIFICATION DES ETABLISSEMENTS

ENQUETEUR: Je vais visiter les services de santé et de planification familiale à travers Côte d'Ivoire et ensemble nous identifier ceux qui m'intéressent. J'ai l'intention de rendre visite [REGIONS URBAINES] aux médecins privés, aux pharmacies, aux dispensaires urbains ou SMI ou maternités, aux hôpitaux ou cliniques, et aux médecins d'entreprise et les cliniques (OSIE, OSTIE,...). [REGIONS RURALES] aux CSSPs ou postes ou croix rouge, aux dépôt de médicaments, aux centres médicaux, aux hôpitaux et aux médecins d'entreprises dans les cliniques (OSTIE, OSIE,...).

URBAIN: Quel est le nom du médecin avec cabinet privé le plus proche de (QUARTIER)?

RURALE: Quel est le nom du centre de soins de santé primaire ou le poste (sanitaire, d'infirmier, d'accouchement) ou l'établissement de croix rouge le plus proche de (VILLAGE)?

URBAIN: Quel est le nom de la pharmacie privée la plus proche de (QUARTIER)?

RURALE: Quel est le nom du dépôt de médicaments la plus proche de (VILLAGE)?

URBAIN: Quel est le nom du dispensaire urbain ou centre de santé maternelle et infantile (SMI) ou maternité le plus proche de (QUARTIER)?

RURALE: Quel est le nom du centre médical le plus proche de (VILLAGE)?

Quel est le nom de l'hôpital ou clinique qui procurent des services généraux de santé le plus proche de (VILLAGE/QUARTIER)?

Quel est le nom du médecin d'entreprise ou centres médico-sociaux le plus proche qui est consulté par les habitants de ce (VILLAGE/QUARTIER)?

FIN DE L'INTERVIEW DANS LA GRAPPE.

LISTE DES SERVICES VISITES			
TYPE DE SERVICES ET NOM:	NOMBRE D'HEURES DE MARCHÉ DE LA GRAPPE	LOCALISATION:	DATE DE LA VISITE:
_____	<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"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____

TIRER CES RENSEIGNEMENTS DES QUESTIONS 206.

SI L'HOPITAL OU LA CLINIQUE SE TROUVE A 6 HEURES DE MARCHÉ OU MOINS, IL EST A VISITER. COMPLETEZ LES QUESTIONS 300 ET 302 DES L'ARRIVÉE AU SERVICE SUR LA BASE DE VOS PROPRES OBSERVATIONS. ENSUITE, TROUVEZ UNE PERSONNE BIEN INFORMÉE DANS LE SERVICE POUR RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES. VISITE DE.

SI CE SERVICE A ÉTÉ DÉJÀ VISITÉ DANS LE CADRE D'UNE GRAPPE DIFFÉRENTE, INSCRIRE LE NUMÉRO DE GRAPPE ICI:
 SI CE SERVICE A ÉTÉ DÉJÀ VISITÉ, UNE DEUXIÈME VISITE N'EST PAS NÉCESSAIRE.

300	SI C'EST LE PREMIER SERVICE VISITÉ APRÈS LA VISITE A LA GRAPPE INSCRIRE LA DISTANCE DE LA GRAPPE D'APRÈS L'ODOMETRE.GRAPPE	DISTANCE DE LA GRAPPE.... <input type="text"/> <input type="text"/> PAS 1ER SERVICE VISITÉ.....98	
301	PENSEZ-VOUS QUE L'ESTIMATION DE LA DISTANCE AU SERVICE DONNÉE DANS LA GRAPPE EST RAISONNABLE?	RAISONNABLE.....1 SURESTIMÉE.....2 SOUSESTIMÉE.....3	
302	PENSEZ-VOUS QUE L'ESTIMATION DU TEMPS POUR SE RENDRE AU SERVICE DONNÉE DANS LA GRAPPE EST RAISONNABLE?	RAISONNABLE.....1 SURESTIMÉE.....2 SOUSESTIMÉE.....3	

QUESTIONS A POSER AUX MEMBRES DU PERSONNEL DU SERVICE

No.	QUESTIONS	CODES	PASSER A
303	Quel type d'hôpital/clinique est-ce?	GENERAL.....1 PRINCIPAL.....2 SPECIALISE.....3 MEDICO-CHIRURGICAUX.....4 SECONDAIRES SIMPLES.....5 CLINIQUE.....6 AUTRE.....7	
304	Sous quelle autorité fonctionne cet hôpital/cette clinique?	GOVERNEMENTAL/PUBLIQUE.....1 PRIVEE.....2 EGLISE/CONFESSIONELLE.....3 AUTRE.....4	
305	En quelle année est ouvert cet hôpital/cette clinique?	ANNEE D'OUVERTURE.....19 <input type="text"/> <input type="text"/>	
306	Combien de lits dispose cet hôpital/cette clinique?	NOMBRE DE LITS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
307	En moyenne, combien de patients externes sont consultés chaque jour dans cet hôpital/cette clinique?	NOMBRE DE PATIENTS EXTERNES PAR JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
308	De combien d'employés suivants dispose cet hôpital/cette clinique? Nombre de médecins Nombre de spécialistes Nombre d'infirmier(e)s Nombre de sage-femmes formées Nombre d'aides sanitaires	NOMBRE DE: MEDECINS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SPECIALISTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> INFIRMIER(E)S..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SAGE-FEMMES FORMEES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AIDES SANITAIRES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

OBSERVATIONS:

No.	QUESTIONS	CODES	PASSER
311	Quelle est la méthode la plus fréquente, utilisée pour la stérilisation des instruments médicaux?	STERILISEUR ELECTRIQUE/POUPINEL...1 AUTOCLAVE.....2 PRESSION A VAPEUR.....3 AUTRE.....4 AUCUNE.....5	→313
312	Est-ce que le (TYPE D'EQUIPEMENT POUR STERILISATION) a été déjà en panne à n'importe quel moment au cours des 6 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	
313	Est-ce que l'hôpital/la clinique possède les équipements suivants, en état de fonctionnement:	OUI NOM	
	Eau courante?	EAU COURANTE.....1 2	
	Electricité?	ELECTRICITE.....1 2	
	Réfrigérateur?	REFRIGERATEUR.....1 2	
	Générateur d'appui/groupe électrogène?	GENERATEUR D'APPUI.....1 2	
	Téléphone ou émetteur de radio?	TELEPHONE.....1 2	
	Salle d'opération en état de fonctionnement?	SALLE D'OPERATION.....1 2	
	Salle d'attente de maternité?	SALLE D'ATTENTE MATERNITE.1 2	
	Banque de sang?	BANQUE DE SANG.....1 2	
	Table examen médical?	TABLE-EXAMENS GYN.....1 2	
	Lampe pour examens gynécologiques?	LAMPE-EXAMENS GYN.....1 2	
	Stéthoscope med/obs?	STETHOSCOPE.....1 2	
	Spéculum v.?	SPECULUM V.....1 2	
	Balances pour enfants?	BALANCE-ENFANT.....1 2	
	Tensiomètre?	TENSIONMETRE.....1 2	
	Hémoglobinomètre pour diagnostic de l'anémie?	HEMOGLOBINOMETRE.....1 2	
	Microscope?	MICROSCOPE.....1 2	

SERVICES DISPONIBLES A L'HOPITAL/A LA CLINIQUE:

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les services de santé maternelle et infantile qui sont disponibles da cet hôpital/cette clinique. POSER Q.314 POUR LE PREMIER SERVICE. SI CE SERVICE EST DISPONIBLE, CONTINUER LE TABLEAU, SI NON, POSER Q.314 POUR LE SERVICE SUIVANT.

SERVICE	314 L'hôpital/clinique assure-t-il (SERVICE)?	315 Combien de jours par semaine le (SERVICE) est-il assuré?	316 En quelle année le (SERVICE) a été offert pour la première fo
1 Soins prénatals	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
2 Soins d'accouchement	OUI.....1 NON.....2		19 <input type="text"/> <input type="text"/>
3 Soins post-partum	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
4 Séances de vaccinations d'enfants	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
5 Séances de contrôle de croissance des enfants	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
6 Conseil diététique/nutritionnel	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
7 Soin SRO (Coin TRO)	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>

OBSERVATIONS:

No.	QUESTIONS	CODES	PASSER
317	Les médicaments ou les vaccins sont-ils disponibles à l'hôpital/à la clinique?	OUI.....1 NON.....2	→321

DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS A L'HOPITAL/A LA CLINIQUE:

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les médicaments disponibles dans cet hôpital/cette clinique. POSER Q.318 POUR CHAQUE MEDICAMENT. SI LE MEDICAMENT EST DISPONIBLE, POSER Q.319. SI LE MEDICAMENT N'EST PAS DISPONIBLE, CONTINUER AVEC LE MEDICAMENT SUIVANT.

MEDICAMENT	318 Le (MEDICAMENT) est-il disponible maintenant?	319 A n'importe quel moment, au cours des 6 derniers mois, avez-vous manqué de (MEDICAMENT)?
1 Nivaquine (ou Chloroquine)	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
2 Pénicilline	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
3 Comprimés de fer folaté	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
4 Paquets de SRO	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
5 Vaccin de DTC	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
6 Vaccin de polio	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
7 Vaccin du tétanos	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
8 Vaccin de la rougeole	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
9 Vaccin du BCG	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2

320 ←

No.	QUESTIONS	CODES	PASSER A																		
320	Puis-je voir les vaccins?	VACCINS DANS LE REFRIGATEUR.....1 VACCINS PAS DANS LE REFRIGATEUR...2 VACCINS NON VUS.....3 PAS DE VACCINS.....4																			
321	L'hôpital/la clinique assure-t-il(elle) des services de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	→ 334																		
322	Y a-t-il, à l'hôpital/la clinique, les genres de personnel suivant qui travaillent dans la planification familiale Médecins? Infirmier(e)s? Sage-femmes? Aides sanitaires? Autres?	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>MEDECINS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>INFIRMIER(E)S.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SAGE-FEMMES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AIDES SANITAIRES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTRES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		OUI	NON	MEDECINS.....	1	2	INFIRMIER(E)S.....	1	2	SAGE-FEMMES.....	1	2	AIDES SANITAIRES.....	1	2	AUTRES.....	1	2	→ 324
	OUI	NON																			
MEDECINS.....	1	2																			
INFIRMIER(E)S.....	1	2																			
SAGE-FEMMES.....	1	2																			
AIDES SANITAIRES.....	1	2																			
AUTRES.....	1	2																			
323	Des médecins de la planification familiale sont-ils formés pour les procédures de stérilisation?	OUI.....1 NON.....2																			
324	Des personnels sont-ils formés pour la pose du DIU?	OUI.....1 NON.....2																			
325	Des personnels sont-ils formés sur les autres méthodes de la planification familiale?	OUI.....1 NON.....2																			

OBSERVATIONS:

326	En moyenne, combien de accepteurs suivent la planification familiale par mois?	ACCEPTEURS.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
327	Est-il possible d'obtenir des contraceptifs à l'hôpital/clinique (ou est-il nécessaire d'aller à la pharmacie)?	OUI.....1 NON.....2	→ 333
328	En moyenne, combien de patients par mois visitent l'hôpital ou la clinique pour se réapprovisionner?	PATIENTS POUR REAPPROVISIONNEMENT...	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

DISPONIBILITE DES METHODES CONTRACEPTIVES:

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les méthodes de la planification familiale disponibles dans cet hôpital/clinique. POSER Q.329 SUR LA PREMIERE METHODE. SI CETTE METHODE EST DISPONIBLE A L'HOPITAL, POSER LES AUTRES QUESTIONS. SI NON, PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

METHODE	329 La (METHODE) est-il disponible actuellement?	330 Combien de jours par semaine la (METHODE) est-elle disponible?	331 Avez-vous manqué de (METHODE) au cours des 6 derniers mois?	332 En quelle année aviez-vous fourni la (METHODE) pour la première fois?
01 Pilule	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
02 DIU (dispositif intra-utérine)	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
03 Injection	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
04 Condom (préservatif)	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
05 Tablettes moussantes crèmes/gelées	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
06 Stérilisation de la femme (ligature tubaire)	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>		19 <input type="text"/> <input type="text"/>
07 Autres méthodes	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
Préciser _____	333			

No.	QUESTIONS	CODES	PASSER A
333	Avez-vous des conseils pour les méthodes naturelles?	OUI.....1 NON.....2	
334	Quel poste ou titre occupez-vous dans (Hôpital/Clinique)?	_____	

LES QUESTIONS 335 A 336 DOIVENT ETRE REMPLIES PAR L'ENQUETEUR QUAND LA VISITE A L'HOPITAL EST TERMINEE.

335	EST-CE QUE L'INFORMATEUR SEMBLE BIEN INFORME?	OUI.....1 NON.....2
336	AUTRES OBSERVATIONS:	

SECTION 4.

VISITE AU DISPENSAIRE URBAIN/SMI/CENTRE MEDICAL

Date: _____

Nom: _____

SI LE DISPENSAIRE/CENTRE SE TROUVE A 6 HEURES DE TEMPS OU MOINS, IL EST A VISITER. COMPLETEZ LES QUESTIONS 400 ET 403 A L'ARRIVEE AU SERVICE SUR LA BASE DE VOS PROPRES OBSERVATIONS. ENSUITE, TROUVEZ UNE PERSONNE BIEN INFORMEE DANS LE SERVICE POUR REpondRE AUX QUESTIONS SUIVANTES.

SI CE SERVICE A DEJA ETE VISITE DANS LE CADRE D'UNE GRAPPE DIFFERENTE, INSCRIRE LE NUMERO DE GRAPPE ICI:
 SI CE SERVICE A ETE DEJA VISITE, UNE DEUXIEME VISITE N'EST PAS NECESSAIRE.

400	SI C'EST LE PREMIER SERVICE VISITE APRES LA VISITE A LA GRAPPE INSCRIRE LA DISTANCE DE LA GRAPPE D'APRES L'ODOMETRE.GRAPPE	DISTANCE DE LA GRAPPE.... <input type="text"/> <input type="text"/> PAS 1ER SERVICE VISITE.....98	
401	PENSEZ-VOUS QUE L'ESTIMATION DE LA DISTANCE AU SERVICE DONNEE DANS LA GRAPPE EST RAISONNABLE?	RAISONNABLE.....1 SURESTIMEE.....2 SOUSESTIMEE.....3	
402	PENSEZ-VOUS QUE L'ESTIMATION DU TEMPS POUR SE RENDRE AU SERVICE DONNEE DANS LA GRAPPE EST RAISONNABLE?	RAISONNABLE.....1 SURESTIME.....2 SOUSESTIME.....3	
403	QUEL TYPE DE DISPENSAIRE/CENTRE EST-CE?	DISPENSAIRE URBAIN.....1 SMI.....2 CENTRE MEDICAL.....3	

QUESTIONS A POSER AUX MEMBRE DU PERSONNEL DU SERVICE

No.	QUESTIONS	CODES	PASSER
404	Sous quelle autorité fonctionne ce dispensaire/centre?	GOVERNEMENTALE/PUBLIQUE.....1 PRIVEE.....2 EGLISE/CONFESSIONELLE.....3 AUTRE.....4	
405	En quelle année est ouvert ce dispensaire/centre?	ANNEE D'OUVERTURE.....19 <input type="text"/> <input type="text"/>	
406	De combien de lits dispose ce dispensaire/centre?	NOMBRE DE LITS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
407	En moyenne, combien de patients externes sont consultés chaque jour dans ce dispensaire/centre?	NOMBRE DE PATIENTS EXTERNES PAR JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
408	De combien d'employés suivants dispose ce dispensaire/centre? Nombre de médecins Nombre d'infirmier(e)s Nombre de sage-femmes formées Nombre d'aides sanitaires	NOMBRE DE: MEDECINS..... <input type="text"/> <input type="text"/> INFIRMIER(E)S..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SAGE-FEMMES FORMEES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AIDES SANITAIRES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
409	Y-a-t-il une visite d'inspection dans cet établissement?	OUI.....1 NON.....2	→411
410	Combien de fois par an? (LA VISITE D'INSPECTION)	NOMBRE DE VISITES D'INSPECTION PAR AN..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

OBSERVATIONS:

No.	QUESTIONS	CODES	PASSER
411	Quelle est la méthode la plus fréquente, utilisée pour la stérilisation des instruments médicaux?	STERILISEUR ELECTRIQUE/POUPINEL...1 PRESSION A VAPEUR.....3 AUTRE.....4 AUCUNE.....5	→413
412	Est-ce que le (TYPE D'EQUIPEMENT POUR STERILISATION) a été déjà en panne à n'importe quel moment au cours des 6 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	
413	Est-ce que le dispensaire/centre possède les équipements suivants, en état de fonctionnement:	OUI NON	
	Eau courante?	EAU COURANTE.....1 2	
	Electricité?	ELECTRICITE.....1 2	
	Réfrigérateur?	REFRIGERATEUR.....1 2	
	Générateur d'appui/groupe électrogène?	GENERATEUR D'APPUI.....1 2	
	Téléphone ou émetteur de radio?	TELEPHONE.....1 2	
	Salle d'attente de maternité?	SALLE D'ATTENTE MATERNITE.1 2	
	Banque de sang?	BANQUE DE SANG.....1 2	
	Table examen medical?	TABLE-EXAMENS GYN.....1 2	
	Lampe pour examens gynécologiques?	LAMPE-EXAMENS GYN.....1 2	
	Stéthoscope med/obs?	STETHOSCOPE.....1 2	
	Spéculum v.?	SPECULUM V.....1 2	
	Balances pour enfants?	BALANCE-ENFANT.....1 2	
	Tensiomètre?	TENSIOMETRE.....1 2	
	Hémoglobinomètre pour diagnostic de l'anémie?	HEMOGLOBINOMETRE.....1 2	
	Microscope?	MICROSCOPE.....1 2	

SERVICES DISPONIBLES DANS LE DISPENSAIRE/CENTRE :

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les services de santé maternelle et infantile qui sont disponibles dans ce dispensaire/centre. POSER Q.414 POUR LE PREMIER SERVICE. SI CE SERVICE EST DISPONIBLE, CONTINUER LE TABLEAU, SI NON POSER Q.414 POUR LE SERVICE SUIVANT.

SERVICE	414 Le dispensaire/centre assure-t-il (SERVICE)?	415 Combien de jours par semaine le (SERVICE) est-il assuré?	416 En quelle année le (SERVICE) a été offert pour la première fois?
1 Soins prénatals	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
2 Soins d'accouchement	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
3 Soins post-partum	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
4 Séances de vaccinations d'enfants	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
5 Séances de contrôle de croissance des enfants	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
6 Conseil diététique/nutritionnel	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
7 Soins SRO (Coin TRO)	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>

OBSERVATIONS:

No.	QUESTIONS	CODES	PASSER
417	Les médicaments et les vaccins sont-ils disponibles dans le dispensaire/centre?	OUI.....1 NON.....2	→421

DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS AU DISPENSAIRE/CENTRE:

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les médicaments disponibles dans ce dispensaire/centre. POSER Q.418 POUR CHAQUE MEDICAMENT. SI LE MEDICAMENT EST DISPONIBLE, POSER Q.419. SI LE MEDICAMENT N'EST PAS DISPONIBLE, PASSER AU MEDICAMENT SUIVANT.

MEDICAMENT	418 Le (MEDICAMENT) est-il disponible actuellement?	419 A n'importe quel moment au cours des 6 dernier mois, avez-vous manqué de (MEDICAMENT)?
1 Nivaquine (Chloroquine)	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
2 Pénicilline	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
3 Comprimés de fer folaté	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
4 Paquets de SRO	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
5 Vaccin de DTC	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
6 Vaccin de polio	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
7 Vaccin du tétanos	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
8 Vaccin de la rougeole	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
9 Vaccin du BCG	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2

420 ←

No.	QUESTIONS	CODES	PASSER															
420	Puis-je voir les vaccins?	VACCINS DANS LE REFRIGATEUR.....1 VACCINS PAS DANS LE REFRIGATEUR...2 VACCINS NON VUS.....3 PAS DE VACCINS.....4																
421	Le dispensaire/centre fournit-il des services de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	→ 434															
422	Y a-t-il, dans le dispensaire/centre les genres de personnel suivants qui travaillent pour la planification familiale ? Infirmier(e)s? Sage-femmes? Aides sanitaires? Autres?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INFIRMIER(E)S.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SAGE-FEMMES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AIDES SANITAIRES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTRES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	INFIRMIER(E)S.....	1	2	SAGE-FEMMES.....	1	2	AIDES SANITAIRES.....	1	2	AUTRES.....	1	2	
	OUI	NON																
INFIRMIER(E)S.....	1	2																
SAGE-FEMMES.....	1	2																
AIDES SANITAIRES.....	1	2																
AUTRES.....	1	2																
424	Des personnels sont-ils formés pour la pose du DIU?	OUI.....1 NON.....2																
425	Des membres du personnel sont-ils formés sur les autres méthodes de la planification familiale?	OUI.....1 NON.....2																
426	En moyenne, combien de personnes par mois acceptent de suivre la planification familiale?	NOMBRE DE PERSONNES.. <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																

OBSERVATIONS:

No.	QUESTIONS	CODES	PASSER
427	Est-il possible d'obtenir les contraceptifs dans le dispensaire/centre (ou est-il nécessaire d'aller à la pharmacie)?	OUI.....1 NON.....2	→ 433
428	En moyenne, combien de patients par mois visitent le dispensaire/centre pour se réapprovisionner?	PATIENTS POUR REAPPROVISIONNEMENT... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

DISPONIBILITE DES METHODES CONTRACEPTIVES:

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les méthodes de planning familial disponibles dans ce dispensaire/centre. POSER Q.429 SUR LA PREMIERE METHODE. SI CETTE METHODE EST DISPONIBLE DANS L'ETABLISSEMENT, CONTINUER LES QUESTIONS. SI PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

METHODE	429 La (METHODE) est-elle disponible maintenant?	430 Combien de jours par semaine la (METHODE) est-elle disponible?	431 Avez-vous manqué de (METHODE) au cours des 6 derniers mois?	432 En quelle année av vous fournit la (METHODE) pour la première fois
01 <input type="checkbox"/> Pilule	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
02 <input type="checkbox"/> DIU (dispositif intra-utérine)	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
03 <input type="checkbox"/> Injection	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
04 <input type="checkbox"/> Condom (préservatif)	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
05 <input type="checkbox"/> Tablettes moussantes crèmes/gelées	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
07 <input type="checkbox"/> Autres méthodes Préciser	OUI.....1 NON.....2 433→	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>

No.	QUESTIONS	CODES	PASSER
433	Donnez-vous des conseils pour les méthodes naturelles?	OUI.....1 NON.....2	
434	Quel poste ou titre occupez-vous? (dans le dispensaire/centre)	<hr/>	

LES QUESTIONS 435 A 436 DOIVENT ETRE REMPLIES PAR L'ENQUETEUR QUAND LA VISITE AU DISPENSIRE/CENTRE EST TERMINE.

435	EST-CE QUE L'INFORMATEUR SEMBLE BIEN INFORME?	OUI.....1 NON.....2	
436	AUTRES OBSERVATIONS:	 	

SI LE MEDECIN PRIVE OU CSSP SE TROUVE A 6 HEURES DE MARCHÉ OU MOINS, IL EST A VISITER. COMPLETEZ LES QUESTIONS 500 ET 503 DES L'ARRIVEE AU SERVICE SUR LA BASE DE VOS PROPRES OBSERVATIONS. ENSUITE, TROUVEZ UNE PERSONNE BIEN INFORMEE DAN SERVICE POUR REpondre AUX QUESTIONS SUIVANTES.

VISITE DE

SI CE SERVICE A DEJA ETE VISITE DANS LE CADRE D'UNE GRAPPE DIFFERENTE, INSCRIRE LE NUMERO DE GRAPPE ICI:
 SI CE SERVICE A ETE DEJA VISITE, UNE DEUXIEME VISITE N'EST PAS NECESSAIRE.

500	SI C'EST LE PREMIER SERVICE VISITE APRES LA VISITE A LA GRAPPE INSCRIRE LA DISTANCE DE LA GRAPPE D'APRES L'ODOMETRE.GRAPPE	DISTANCE DE LA GRAPPE.... <input type="text"/> <input type="text"/> PAS 1ER SERVICE VISITE.....98	
501	PENSEZ-VOUS QUE L'ESTIMATION DE LA DISTANCE AU SERVICE DONNEE DANS LA GRAPPE EST RAISONNABLE?	RAISONNABLE.....1 SURESTIMEE.....2 SOUSESTIMEE.....3	
502	PENSEZ-VOUS QUE L'ESTIMATION DU TEMPS POUR SE RENDRE AU SERVICE DONNEE DANS LA GRAPPE EST RAISONNABLE?	RAISONNABLE.....1 SURESTIMEE.....2 SOUSESTIMEE.....3	
503	QUEL TYPE DE MEDECIN/ETABLISSEMENT EST-CE?	MEDECIN PRIVEE.....1 CSSP.....2 POSTE SANITAIRE.....3 POSTE D'INFIRMIER.....4 POSTE D'ACCOUCHEMENT.....5	

QUESTIONS A POSER AUX MEMBRES DU PERSONNEL DU SERVICE

No.	QUESTIONS	CODES	PASSER
504	Sous quelle autorité fonctionne cet établissement?	GOUVERNEMENTALE/PUBLIQUE.....1 PRIVEE.....2 EGLISE/CONFESIONELLE.....3 AUTRE.....4	
505	En quelle année le médecin/le CSSP a-t-il commencé, pour la première fois à recevoir les patients?	ANNEE.....19 <input type="text"/> <input type="text"/>	
507	Combien de patients par jour environ, le médecin/CSSP reçoit-il?	NOMBRE DE PATIENTS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
507a	Combien d'heures par semaine le médecin/le CSSP est-il disponible pour recevoir les patients?	HEURES PAR SEMAINE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
507b	Combien de jours par semaine le médecin/le CSSP est-il disponible pour recevoir les patients?	JOURS PAR SEMAINE..... <input type="text"/>	
508	De combien d'employés suivants dispose cet établissement? Nombre de médecins Nombre d'infirmier(e)s Nombre de sage-femmes formées Nombre de aides sanitaires	NOMBRE DE: MEDECINS..... <input type="text"/> <input type="text"/> INFIRMIER(E)S..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SAGE-FEMMES FORMEES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AIDES SANITAIRES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
509	D'habitude, y-a-t-il une visite d'inspection dans cet établissement?	OUI.....1 NON.....2	→511

OBSERVATIONS:

No.	QUESTIONS	CODES	PASSE
510	Combien de fois par an? (LA VISITE D'INSPECTION)	NOMBRE DE VISITES D'INSPECTION PAR AN..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
511	Quelle est la méthode la plus fréquemment utilisée pour la stérilisation des instruments médicaux?	STERILISEUR ELECTRIQUE/POUPINEL...1 PRESSION A VAPEUR.....3 AUTRE.....4 AUCUNE.....5	→513
512	Est-ce que le (TYPE D'EQUIPEMENT POUR STERILISATION) a été déjà en panne à n'importe quel moment au cours des 6 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	
513	Est-ce que le cabinet/le CSSP possède les équipements suivants, en état de fonctionnement:	OUI NON	
	Eau courante?	EAU COURANTE.....1 2	
	Electricité?	ELECTRICITE.....1 2	
	Réfrigérateur?	REFRIGERATEUR.....1 2	
	Générateur d'appui/groupe électrogène?	GENERATEUR D'APPUI.....1 2	
	Téléphone ou émetteur de radio?	TELEPHONE.....1 2	
	Salle d'attente de maternité?	SALLE D'ATTENTE MATERNITE.1 2	
	Banque de sang?	BANQUE DE SANG.....1 2	
	Table examen médical?	TABLE-EXAMENS GYN.....1 2	
	Lampe pour examens gynécologiques?	LAMPE-EXAMENS GYN.....1 2	
	Stéthoscope med/obs?	STETHOSCOPE.....1 2	
	Spéculum v.?	SPECULUM V.....1 2	
	Balances pour enfants?	BALANCE-ENFANT.....1 2	
	Tensiomètre ?	TENSIOMETRE.....1 2	
	Hémoglobinomètre pour diagnostic de l'anémie?	HEMOGLOBINOMETRE.....1 2	
	Microscope?	MICROSCOPE.....1 2	

SERVICES DISPONIBLES AU MEDICIN PRIVEE/CSSP/POST:

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les services de santé maternelle et infantile qui sont disponibles à ce cabinet/CSSP/poste. POSER Q.514 POUR LE PREMIER SERVICE. SI CE SERVICE EST DISPONIBLE, CONTINUER LES QUESTIONS, SI POSER Q.514 POUR LE SERVICE SUIVANT.

SERVICE	514 Le (MEDECIN/CSSP) assure-t-il (SERVICE)?	515 Combien de jours par semaine (SERVICE) est-il disponible ?	516 En quelle année le (SERVICE) été fourni ici pour la première f
1 Soins prénatals	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
2 Soins d'accouchement	OUI.....1 NON.....2		19 <input type="text"/> <input type="text"/>
3 Soins post-partum	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
4 Séances de vaccinations d'enfants	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
5 Séances de contrôle de croissance des enfants	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
6 Conseil diététique/nutritionnel	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
7 Soins SRO (Coin TRO)	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>

517 ←

OBSERVATIONS:

NO	QUESTIONS	CODES	PASSER
517	Le médecin fournit-il des médicaments ou des vaccins? Le CSSP/POSTE dispose t-il des médicaments ou des vaccins?	OUI.....1 NON.....2	→ 521

DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS AU CABINET/CSSP:

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les médicaments disponibles dans ce cabinet/ce CSSP. POSER Q.51 POUR CHAQUE MEDICAMENT. SI LE MEDICAMENT EST DISPONIBLE, POSER Q.519. SI LE MEDICAMENT N'EST PAS DISPONIBLE, PASSE AU MEDICAMENT SUIVANT.

MEDICAMENT	518 Le (MEDICAMENT) est-il disponible actuellement?	519 A n'importe quel moment au cours des 6 dernier mois avez-vous manqué de (MEDICAMENT)?
1 Nivaquine (Chloroquine)	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
2 Pénicilline	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
3 Comprimés de fer folaté	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
4 Paquets de SRO	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
5 Vaccin de DTC	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
6 Vaccin de polio	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
7 Vaccin du tétanos	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
8 Vaccin de la rougeole	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
9 Vaccin du BCG	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2

520 ←

NON	QUESTIONS	CODING CATEGORIES	SKIP TO
520	Puis-je voir les vaccins?	VACCINS DANS LE REFRIGATEUR.....1 VACCINS PAS DANS LE REFRIGATEUR...2 VACCINS NON VUS.....3 PAS DE VACCINS.....4	
521	Le (MEDECIN/CSSP) fournit-il des services de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	→ 534
524	Le médecin/l'aide sanitaire est-il formé pour la pose du DIU?	OUI.....1 NON.....2	
525	Des personnels sont-ils formés sur les autres méthodes de la planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	
526	En moyenne, combien de personnes par mois acceptent de suivre la planification familiale?	NOMBRE DE PERSONNES... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

5-3

OBSERVATIONS:

NON	QUESTIONS	CODING CATEGORIES	SKIP
527	Est-il possible d'obtenir les contraceptifs chez le (MEDECIN/ CSSP) ou est-il nécessaire d'aller à la pharmacie?	OUI.....1 NON.....2	→ 533
528	En moyenne, combien de patients consultent ce médecin/CSSP/poste chaque mois pour se réapprovisionner?	PATIENTS POUR REAPPROVISIONNEMENT... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

DISPONIBILITE DES METHODES CONTRACEPTIVES:

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les méthodes de planning familial disponibles dans ce cabinet/ce centre. POSER Q.529 SUR LA PREMIERE METHODE. SI CETTE METHODE EST DISPONIBLE DU MEDECIN, CONTINUER LES QUESTIONS.SI PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

METHODE	529 La (METHODE) est-elle disponible actuellement?	530 Combien de jours par semaine la (METHODE) est-elle disponible?	531 Avez-vous manqué de (METHODE) au cours des 6 derniers mois?	532 En quelle année vous offret la (METHODE) pour la première fois?
01 <input type="checkbox"/> Pilule	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
02 <input type="checkbox"/> DIU (dispositif intra-utérine)	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
03 <input type="checkbox"/> Injection	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
04 <input type="checkbox"/> Condom (préservatif)	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
05 <input type="checkbox"/> Tablettes moussantes crèmes/gelées	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
07 <input type="checkbox"/> Autres méthodes	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
Préciser _____	533			

NON	QUESTIONS	CODES	PASSER
533	Donnez-vous des conseils pour les méthodes naturelles?	OUI.....1 NON.....2	
534	Quel poste ou titre occupez-vous?		

LES QUESTIONS 535 A 536 DOIVENT ETRE REMPLIES PAR L'ENQUETEUR QUAND LA VISITE AU MEDECIN PRIVE/CENTRE EST TERMINEE.

535	EST-CE QUE L'INFORMATEUR SEMBLE BIEN INFORME?	OUI.....1 NON.....2	
536	AUTRES OBSERVATIONS:		

SECTION 6.

VISITE AU MEDECIN D'ENTREPRISE

Date: _____

Nom: _____

SI LE MEDECIN D'ENTREPRISE SE TROUVE A 6 HEURES DE TEMPS OU MOINS, IL EST A VISITER. COMPLETEZ LES QUESTIONS 600 ET 601 L'ARRIVEE AU SERVICE SUR LA BASE DE VOS PROPRES OBSERVATIONS. ENSUITE, TROUVEZ UNE PERSONNE BIEN INFORMEE DANS LE SERVICE POUR REpondre AUX QUESTIONS SUIVANTES.

SI CE SERVICE A DEJA ETE VISITE DANS LE CADRE D'UNE GRAPPE DIFFERENTE, INSCRIRE LE NUMERO DE GRAPPE ICI:
 SI CE SERVICE A ETE DEJA VISITE, UNE DEUXIEME VISITE N'EST PAS NECESSAIRE.

600	SI C'EST LE PREMIER SERVICE VISITE APRES LA VISITE A LA GRAPPE INSCRIRE LA DISTANCE DE LA GRAPPE D'APRES L'ODOMETRE.GRAPPE	DISTANCE DE LA GRAPPE.... <input type="text"/> <input type="text"/> PAS 1ER SERVICE VISITE.....98	
601	PENSEZ-VOUS QUE L'ESTIMATION DE LA DISTANCE AU SERVICE DONNEE DANS LA GRAPPE EST RAISONNABLE?	RAISONNABLE.....1 SURESTIMEE.....2 SOUSESTIMEE.....3	
602	PENSEZ-VOUS QUE L'ESTIMATION DU TEMPS POUR SE RENDRE AU SERVICE DONNEE DANS LA GRAPPE EST RAISONNABLE?	RAISONNABLE.....1 SURESTIME.....2 SOUSESTIME.....3	

QUESTIONS A POSER AUX MEMBRES DU PERSONNEL DU SERVICE

NON	QUESTIONS	CODES	PASSEZ
605	En quelle année médecin d'entreprise a-t-il débuté?	ANNEE D'OUVERTURE.....19 <input type="text"/> <input type="text"/>	
606	De combien de lits dispose ce médecin d'entreprise?	NOMBRE DE LITS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
607	En moyenne, combien de patients par jour sont consultés par ce médecin d'entreprise?	NOMBRE DE PATIENTS EXTERNES PAR JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
608	De combien d'employés suivants dispose ce médecin d'entreprise? Nombre de médecins Nombre d'infirmier(e)s Nombre de sage-femmes formées Number de aides sanitaires	NOMBRE DE: MEDECINS..... <input type="text"/> <input type="text"/> INFIRMIER(E)S..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SAGE-FEMMES FORMEES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AIDES SANITAIRES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
611	Quelle est la méthode la plus fréquemment utilisée pour la stérilisation des instruments médicaux?	STERELISEUR ELECTRIQUE/POUPINEL...1 PRESSION A VAPEUR.....3 AUTRE.....4 AUCUNE.....5	→613
612	Est-ce que le (TYPE D'EQUIPEMENT POUR STERILISATION) a été déjà en panne à n'importe quel moment au cours des 6 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	

OBSERVATIONS:

NON	QUESTIONS	CODES		PASSE
		OUI	NON	
613	Est-ce que l'entreprise possède les équipements suivants, en état de fonctionnement:			
	Eau courante?	EAU COURANTE.....1	2	
	Electricité?	ELECTRICITE.....1	2	
	Réfrigérateur?	REFRIGERATEUR.....1	2	
	Générateur d'appui/groupe électrogène?	GENERATEUR D'APPUI.....1	2	
	Téléphone ou émetteur de radio?	TELEPHONE.....1	2	
	Salle d'attente de maternité?	SALLE D'ATTENTE MATERNITE.1	2	
	Banque de sang?	BANQUE DE SANG.....1	2	
	Table examen médical?	TABLE-EXAMENS GYN.....1	2	
	Lampe pour examens gynécologiques?	LAMPE-EXAMENS GYN.....1	2	
	Stéthoscope med/obs?	STETHOSCOPE.....1	2	
	Spéculum v.?	SPECULUM V.....1	2	
	Balances pour enfants?	BALANCE-ENFANT.....1	2	
	Tensiomètre ?	TENSIOMETRE.....1	2	
	Hémoglobinomètre pour diagnostic de l'anémie?	HEMOGLOBINOMETRE.....1	2	
	Microscope?	MICROSCOPE.....1	2	

SERVICES DISPONIBLES AU MEDECIN D'ENTREPRISE:

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les services de santé maternelle et infantile qui sont disponibles ce médecin d'entreprise. POSER Q.614 POUR LE PREMIER SERVICE. SI CE SERVICE EST DISPONIBLE, CONTINUER LES QUESTIONS. POSER Q.614 POUR LE SERVICE SUIVANT.

SERVICE	614 Est-ce qu'on assure des (SERVICES) ?	615 Combien de jours par semaine (SERVICE) est disponible?	616 En quelle année le (SERVICE) été offert ici pour la première
1 Soins prénatals	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
2 Soins d'accouchement	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
3 Soins post-partum	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
4 Séances de vaccinations d'enfants	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
5 Séances de contrôle de croissance des enfants	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
6 Conseil diététique/nutritionnel	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
7 Soins SRO (Coin TRO)	OUI.....1 NON.....2 617 ←	<input type="checkbox"/>	19 <input type="text"/> <input type="text"/>

NON	QUESTIONS	CODES	PASSE
617	Les médicaments et les vaccins sont-ils disponibles chez le médecin d'entreprise?	OUI.....1 NON.....2	→621

OBSERVATIONS:

DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS AU MEDECIN D'ENTREPRISE:

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les médicaments disponibles chez ce médecin d'entreprise. POSER Q.618 POUR CHAQUE MEDICAMENT. SI LE MEDICAMENT EST DISPONIBLE, POSER Q.619. SI LE MEDICAMENT N'EST PAS DISPONIBLE, CONTINUER AVEC LE MEDICAMENT SUIVANT.

MEDICAMENT	618 Le (MEDICAMENT) est-il disponible actuellement?	619 A n'importe quel moment au cours des 6 derniers mois, avez-vous manqué de (MEDICAMENT)?
1 Nivaquine (Chloroquine)	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
2 Pénicilline	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
3 Comprimés de fer folaté	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
4 Paquets de SRO	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
5 Vaccin de DTC	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
6 Vaccin de polio	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
7 Vaccin du tétanos	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
8 Vaccin de la rougeole	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
9 Vaccin du BCG	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2

NOM	QUESTIONS	CODES	PASSER A																		
620	Puis-je voir les vaccins?	VACCINS DANS LE REFRIGATEUR.....1 VACCINS PAS DANS LE REFRIGATEUR...2 VACCINS NON VUS.....3 PAS DE VACCINS.....4																			
621	L'entreprise fournit-il des services de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	→ 434																		
622	Y a-t-il, de personnel au médecin d'entreprise des genres suivants qui travaillent dans le planning familial? Médecins? Infirmier(e)s? Sage-femmes? Aides sanitaires? Autres?	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>MEDECINS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>INFIRMIER(E)S.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SAGE-FEMMES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AIDES SANITAIRES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTRES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		OUI	NON	MEDECINS.....	1	2	INFIRMIER(E)S.....	1	2	SAGE-FEMMES.....	1	2	AIDES SANITAIRES.....	1	2	AUTRES.....	1	2	→ 624
	OUI	NON																			
MEDECINS.....	1	2																			
INFIRMIER(E)S.....	1	2																			
SAGE-FEMMES.....	1	2																			
AIDES SANITAIRES.....	1	2																			
AUTRES.....	1	2																			
623	Des médecins de la planification familiale sont-ils formés pour les procédures de stérilisation?	OUI.....1 NON.....2																			
624	Des personnels sont-ils formés pour la pose du DIU?	OUI.....1 NON.....2																			
625	Des personnels sont-ils formés sur les autres méthodes de la planification familiale?	OUI.....1 NON.....2																			
626	En moyenne, combien de personnes par mois acceptent de suivre la planification familiale?	NOMBRE DE PERSONNES.. <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																			
627	Est-il possible d'obtenir les contraceptifs chez le médecin d'entreprise (ou est-il nécessaire d'aller à la pharmacie)?	OUI.....1 NON.....2	→ 433																		

OBSERVATIONS:

NON	QUESTIONS	CODES	PASSE
628	En moyenne, combien de patients visitent l'entreprise chaque mois pour se réapprovisionner?	PATIENTS POUR REAPPROVISIONNEMENT... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

DISPONIBILITE DES METHODES CONTRACEPTIVES:

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les méthodes de planning familial disponibles dans ce médecin d'ent
 POSER Q.629 SUR LA PREMIERE METHODE. SI CETTE METHODE EST DISPONIBLE DU MEDICIN D'ENTREPRISE, CONTINUER LE TABLEAU. S
 CONTINUER EN DESCENDANT DANS LE TABLEAU.

METHODE	629 La (METHODE) est-elle disponible maintenant?	630 Combien de jours par semaine la (METHODE) est-elle disponible?	631 Avez-vous manqué de (METHODE) au cours des 6 derniers mois?	632 En quelle année vous fournit la (METH) pour la première fo
01 Pilule	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
02 DIU (dispositif intra-utérine)	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
03 Injection	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
04 Condom (préservatif)	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
05 Tablettes moussantes crèmes/gelées	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
07 Autres méthodes Préciser	OUI.....1 NON.....2 633←	<input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2	19 <input type="text"/> <input type="text"/>

NON	QUESTIONS	CODES	PASSER
633	Donnez-vous des conseils pour les méthodes naturelles?	OUI.....1 NON.....2	
634	Quel poste ou titre occupez-vous? (dans le médecin d'entreprise)		

LES QUESTIONS 635 A 636 DOIVENT ETRE REMPLIES PAR L'ENQUETEUR QUAND LA VISITE AU MEDICIN D'ENTREPRISE EST TERMINE.

635	EST-CE QUE L'INFORMATEUR SEMBLE BIEN INFORME?	OUI.....1 NON.....2	
636	AUTRES OBSERVATIONS:		

NON	QUESTIONS	CODES	PAS:
711	Est-ce que cette pharmacie/ce dépôt vend des produits du planning familial?	OUI.....1 NON.....2	→ 711

DISPONIBILITE DES METHODES CONTRACEPTIVES:

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les méthodes de planning familial disponibles dans cette pharmacie dépôt. POSER Q.712 SUR LA PREMIERE METHODE. SI CETTE METHODE EST DISPONIBLE DE LA PHARMACIE, CONTINUER LE TABLEAU. CONTINUER EN DESCENDANT DANS LE TABLEAU.

METHODE	712 La (METHODE) est-elle disponible maintenant?	713 Avez-vous manqué de (METHODE) au cours des 6 derniers mois?	714 Combien se coute chac (METHOD) disponible?
01 <input type="checkbox"/> Pilule COUTE: UN PAQUET	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FC
02 <input type="checkbox"/> DIU COUTE: UN DIU	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FC
03 <input type="checkbox"/> Condom COUTE: UN PIECE	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FC
04 <input type="checkbox"/> Tablettes mous- santes COUTE: 20 COMPRIMEES	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FC
05 <input type="checkbox"/> Autres méthodes Préciser	OUI.....1 NON.....2 715	OUI.....1 NON.....2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FC

NO	QUESTIONS	CODES	PASS:
715	Quel poste ou titre occupez-vous? (dans la pharmacie/le dépôt)		

LES QUESTIONS 716 A 717 DOIVENT ETRE REMPLIES PAR L'ENQUETEUR QUAND LA VISITE A LA PHARMACIE EST TERMINEE.

716	EST-CE QUE L'INFORMATEUR SEMBLE BIEN INFORME?	OUI.....1 NON.....2	
717	AUTRES OBSERVATIONS:		

SI LA PHARMACIE/DEPOT DE MEDICAMENTS SE TROUVE A UN TEMPS DE 6 HEURES A PIED OU MOINS, ELLE EST A VISITER. COMPLETEZ LES QUESTIONS 700 ET 702 DES L'ARRIVEE AU SERVICE SUR LA BASE DE VOS PROPRES OBSERVATIONS. ENSUITE, TROUVEZ UNE PERSONNE BIEN INFORMEE DANS LE SERVICE POUR REpondRE AUX QUESTIONS SUIVANTES. VISITE DEJ

SI CE SERVICE A DEJA ETE VISITE DANS LE CADRE D'UNE GRAPPE DIFFERENTE, INSCRIRE LE NUMERO DE GRAPPE ICI:
 SI CE SERVICE A ETE DEJA VISITE, UNE DEUXIEME VISITE N'EST PAS NECESSAIRE.

700	SI C'EST LE PREMIER SERVICE VISITE APRES LA VISITE A LA GRAPPE INSCRIRE LA DISTANCE DE LA GRAPPE D'APRES L'ODOMETRE.GRAPPE	DISTANCE DE LA GRAPPE.... <input type="text"/> <input type="text"/> PAS 1ER SERVICE VISITE.....98	
701	PENSEZ-VOUS QUE L'ESTIMATION DE LA DISTANCE AU SERVICE DONNEE DANS LA GRAPPE EST RAISONNABLE?	RAISONNABLE.....1 SURESTIMEE.....2 SOUSESTIMEE.....3	
702	PENSEZ-VOUS QUE L'ESTIMATION DU TEMPS POUR SE RENDRE AU SERVICE DONNEE DANS LA GRAPPE EST RAISONNABLE?	RAISONNABLE.....1 SURESTIMEE.....2 SOUSESTIMEE.....3	

QUESTIONS A POSER AU MEMBRE DU PERSONNEL AU SERVICE

NON	QUESTIONS	CODES	PASSER A															
703	Combien d'heures par semaine la pharmacie est-elle ouverte/le dépôt est-il ouvert?	HEURES PAR SEMAINE..... <input type="text"/> <input type="text"/>																
704	Combien de jours par semaine la pharmacie est-elle ouverte/le dépôt est-il ouvert?	JOURS PAR SEMAINE..... <input type="text"/>																
705	Y a-t-il un pharmacien formé disponible?	OUI.....1 NON.....2																
706	Est-ce que la pharmacie/le dépôt dispose des installations suivantes, en état de fonctionnement: Eau courante? Electricité? Téléphone ou émetteur de radio? Réfrigérateur?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>EAU COURANTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ELECTRICITE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEPHONE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>REFRIGERATEUR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		OUI	NON	EAU COURANTE.....	1	2	ELECTRICITE.....	1	2	TELEPHONE.....	1	2	REFRIGERATEUR.....	1	2	
	OUI	NON																
EAU COURANTE.....	1	2																
ELECTRICITE.....	1	2																
TELEPHONE.....	1	2																
REFRIGERATEUR.....	1	2																
707	En quelle année cette pharmacie/ce dépôt a commencé à fonctionner?	ANNEE D'OUVERTURE.....19 <input type="text"/> <input type="text"/>																

DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS A LA PHARMACIE/AU DEPOT:

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les médicaments disponibles dans cette pharmacie/ce dépôt. POSER Q.708 POUR CHAQUE MEDICAMENT. SI LE MEDICAMENT EST DISPONIBLE, POSER Q.709 ET Q.710. SI LE MEDICAMENT N'EST PAS DISPONIBLE, CONTINUER AVEC LE MEDICAMENT SUIVANT.

MEDICAMENT	708 Le (MEDICAMENT) est-il disponible actuellement?	709 A n'importe quel moment au cours des 6 derniers mois, avez-vous manqué de (MEDICAMENT)?	710 Combien se coûte le (MEDICAMENT)?
1 Nivaquine COUTE: TRAITEMENT ENFANT/2 COMPRIMEES	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FCF
2 Penicilline COUTE: UN INJECTION	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FCF
3 Comprimées de fer folaté COUTE: 10 COMPRIMEES	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FCF
4 Paquets de SRO COUTE: UNE PAQUET	OUI.....1 NON.....2 711 ←	OUI.....1 NON.....2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FCF

OBSERVATIONS: