

Enquête de base pour la mise en place du financement basé sur la performance - Santé



CAMEROUN

2012



IDENTIFIANT

Numéro section
d'énumération

NUMÉRO DU
QUESTIONNAIRE F5

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX FORMATIONS SANITAIRES
F5 : ENTREVUE EN SORTIE DE CONSULTATION PRÉNATALE (CPN)

SITUATION GÉOGRAPHIQUE

Région Département Arrondissement District

Aire de santé Village/quartier

NOM DE LA FORMATION SANITAIRE :

CODE DE LA FORMATION SANITAIRE :

ENQUÊTEUR ET VISITES

NOM :

CODE :

VISITE N° 1

JOUR	MOIS	ANNÉE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Heure de début: / H / MN

Heure de fin: / H / MN

RÉSULTAT DE L'ENTREVUE :

ENTREVUE RÉALISÉE	01
PARTIELLEMENT RÉALISÉE	02
PATIENT A REFUSÉ	03
ACCOMPAGNATEUR DU PATIENT A REFUSÉ	04
AUTRE, PRÉCISER :	97

LANGUE UTILISÉE

... PAR
L'ENQUÊTEUR ?

... PAR LA PERSONNE
INTERROGÉE ?

TRADUCTEUR UTILISÉ ?

Français	01
Anglais	02
Pidgin	03
Moungo-Ewondo	04
Autres à préciser	97

JAMAIS	1
PARFOIS	2
TOUJOURS	3

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ, À RECUEILLIR AVANT LE DÉBUT DE L'ENTREVUE

ENQUÊTEUR, LIRE : Bonjour ! Je m'appelle _____, je travaille à l'IFORD. Le Ministère de la santé nous a demandé de mener une enquête portant sur les formations sanitaires au Cameroun. Aujourd'hui, nous allons nous entretenir avec le personnel des formations sanitaires, leurs responsables et les patients. Nous voulons déterminer le niveau général et la qualité des prestations de service dans les centres de santé du Cameroun. Si vous acceptez de prendre part à cet exercice, votre confidentialité sera respectée. Vous avez le droit de refuser de prendre part aux entrevues, soit au début, soit à n'importe quelle étape du processus. Toutefois, les informations que vous allez fournir sont d'une importance capitale pour le Ministère de la santé qui s'en servira dans l'amélioration des services de santé au Cameroun. Voulez-vous prendre part à l'enquête aujourd'hui ?

OUI 1 NON 2

LE CONTRÔLEUR

NOM :

CODE :

JOUR	MOIS	ANNÉE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OPÉRATEUR DE SAISIE DE DONNÉES

NOM :

CODE :

JOUR	MOIS	ANNÉE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(1)	Identification	NOTER LES RÉPONSES	
Je vais commencer l'entrevue en vous posant quelques questions sur vous-même.			
(1,01)	Pouvez-vous me donner votre âge ?	ANNÉES (RÉVOLUES)	
(1,02)	Savez-vous lire et écrire ?	OUI 01	
		NON 02	
(1,03)	Quel est votre niveau d'études ?	Aucun 01	
		Primaire 02	
		Secondaire 1er cycle 03	
		Secondaire 2ème cycle 04	
		Supérieur 05	
(1,04)	Quelle est la classe la plus élevée achevée dans ce niveau?		
(1,05)	Quel est votre statut matrimonial ?	Célibataire 01 ► (2,01)	
		Marié (e) / union libre 02	
		veuve 03 ► (2,01)	
		Divorcé (e)/ séparé(e) 04 ► (2,01)	
(1,06)	Quel est le niveau d'études de votre marié(e) ?	Aucun 01	
		Primaire 02	
		Secondaire 1er cycle 03	
		Secondaire 2ème cycle 04	
		Supérieur 05	
		Ne sais pas 98	

(2)	Traitement et conseil	NOTER LES RÉPONSES
(2,01)	Pendant cette visite au centre de santé, combien d'agents de santé vous ont-ils administré les soins ? Ceux-ci peuvent être des docteurs, des infirmiers, des pharmaciens, des techniciens de laboratoire, des sage-femmes etc. qui ont directement pris soin de vous ou vous ont donné des conseils ou des médicaments.	
Vérifier le nombre d'agent de santé ayant intervenu pour les soins de la patiente et noter leurs codes d'identification à partir de la liste de personnel du centre		
(2,02)	code du personnel de santé n°1	
(2,03)	le cas échéant: code du personnel de santé n°2	
(2,04)	le cas échéant: code du personnel de santé n°3	
(2,05)	le cas échéant: code du personnel de santé n°4	
(2,06)	le cas échéant: code du personnel de santé n°5	
(2,07)	Avez-vous apporté un carnet de visite prénatale ou une carte de vaccination aujourd'hui ? SI OUI : DEMANDER À VOIR LA CARTE/LE CARNET.	Oui, j'ai vu la carte/le carnet 01
		Non, je n'ai pas vu la carte/le carnet 02 ► (2,12)
		Non, la carte/le carnet est dans le centre 03 ► (2,12)
		Non, la carte/le carnet est utilisé ailleurs 04 ► (2,12)
(2,08)	VÉRIFIER LE CARNET DE VISITE PRÉNATALE OU LA CARTE DE VACCINATION. INDIQUER S'IL Y A UNE REMARQUE OU UNE TRACE INDIQUANT QUE LE CLIENT A REÇU L'ANATOXINE TÉTANIQUE	OUI, 1 FOIS 01
		OUI, 2 FOIS OU PLUS 02
		NON 03
(2,09)	LE CLIENT A COMBIEN DE SEMAINES DE GROSSESSE, SELON LES INDICATIONS CONTENUES DANS LE CARNET DE VISITE PRÉNATALE ?	# SEMAINES

(2,10)	LE CARNET INDIQUE T-IL QUE LA CLIENTE À REÇU UN TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT CONTRE LA MALARIA ?	OUI, 1 DOSE	01	
		OUI, 2 DOSES	02	
		NON	03	
(2,11)	LE CARNET/LA CARTE MENTIONNE LE GROUPE SANGUIN DU PATIENT ?	OUI	01	
		NON	02	
(2,12)	Depuis combien de temps êtes-vous enceinte ? (NOTER LES MOIS <u>OU</u> LES SEMAINES)	a. SEMAINES		
		b. MOIS		
(2,13)	Est-ce votre première grossesse ?	OUI	01	
		NON	02	
(2,14)	Est-ce votre première visite prénatale dans ce centre pour cette grossesse ?	OUI	01 ► (2,16)	
		NON	02	
(2,15)	En plus de cette visite, combien de visites de soins prénataux avez-vous effectuées pour cette grossesse dans ce centre ?			
(2,16)	Combien de visites prénatales avez-vous effectuées pour cette grossesse dans d'autres centres ?			
(2,17)	Avez-vous été pesées pendant cette visite ?	OUI	01	
		NON	02	
(2,18)	A-t-on pris votre taille pendant cette visite ?	OUI	01	
		NON	02	
(2,19)	Pendant cette visite, un agent a-t-il pris votre tension artérielle ? EXPLIQUER : La prise de la tension artérielle se fait lorsqu'un agent vous attache une étoffe autour du bras au-dessus du coude et vous sentez une pression s'exercer sur votre bras, laquelle pression diminue après quelque temps.	OUI	01	
		NON	02	
(2,20)	Avez-vous donné un échantillon de votre urine pendant cette visite ? EXPLIQUER : Quelqu'un vous a demandé de recueillir votre urine dans une petite bouteille ou boîte pour des examens médicaux ?	OUI	01	
		NON	02	
(2,21)	Pendant cette visite, avez-vous donné un échantillon de votre sang ? EXPLIQUER : Quelqu'un a-t-il piqué votre doigt ou votre bras avec une aiguille pour recueillir le sang pour des examens médicaux ?	OUI	01	
		NON	02	
(2,22)	Avez-vous programmé votre accouchement dans le centre pendant cette visite ?	OUI	01	
		NON	02	
(2,23)	L'agent a-t-il palpé votre ventre pendant cette visite ? EXPLIQUER : L'agent de santé vous a-t-il fait coucher sur une table ou un lit pour toucher votre ventre ?	OUI	01	
		NON	02	

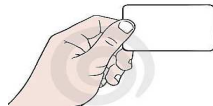
(2,24)	L'agent de santé a-t-il estimé la date d'accouchement pendant cette visite ?	OUI	01	
		NON	02	
(2,25)	A-t-on pris la taille de votre utérus pendant cette visite ? EXPLIQUER : Le personnel de santé prend la taille de votre utérus en mesurant votre ventre à l'aide d'un ruban.	OUI	01	
		NON	02	
(2,26)	Un agent de santé a-t-il demandé votre groupe sanguin pendant cette visite ?	OUI	01	
		NON	02	
(2,27)	Pendant cette visite, un agent de santé vous a-t-il donné des conseils relatifs à votre régime (ce qu'il faut manger et boire) pendant cette grossesse ?	OUI	01	
		NON	02 ► (2,29)	
(2,28)	Qu'est-ce que l'agent de santé vous a conseillé de manger pendant cette grossesse ? N'ÉNUMÉREZ PAS DES RÉPONSES, MAIS POUR CHAQUE OPTION, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ, ET « 2 » SI RIEN N'EST INDiqué. VOUS POUVEZ FAIRE L'ENQUÊTE SANS UTILISER LES RÉPONSES SPÉCIFIQUES (EX. « AUTRE CHOSE ? »)	a. LÉGUMES VERTS À FEUILLES		
		b. LAIT		
		c. VIANDE ET VOLAILLE		
		d. FRUITS ET NOIX		
		e. AUTRE, (PRÉCISER : _____)		
(2,29)	Pendant cette visite, un agent de santé vous a-t-il donné des comprimés de complément en fer, de l'acide folique ou du fer contenant l'acide folique, ou vous les a-t-il prescrit ? MONTREZ AU PATIENT UN COMPRIMÉ DE COMPLÉMENT EN FER, UNE PILULE D'ACIDE FOLIQUE OU UNE PILULE COMBINÉE.	OUI	01	
		NON	02 ► (2,33)	
(2,30)	DEMANDEZ À VOIR LE FER/L'ACIDE FOLIQUE/LE FER CONTENANT L'ACIDE FOLIQUE OU UNE PRESCRIPTION DU PATIENT. NOTEZ "1" SI MENTIONNE ET "2" SINON	a. J'AI VU LES COMPRIMÉS		
		b. J'AI VU L'ORDONNANCE		
		c. AUCUN COMPRIMÉ OU ORDONNANCE		
(2,31)	Pendant cette visite ou les visites précédentes, un agent de santé vous a-t-il parlé des effets secondaires de ce comprimé ?	OUI	01	
		NON	02	
(2,32)	Donnez-moi au moins un effet secondaire du comprimé de fer que vous connaissez. NE SUGGÈREZ PAS LES RÉPONSES, MAIS POUR CHAQUE OPTION, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ, ET « 2 » SI RIEN N'EST INDiqué. VOUS POUVEZ FAIRE L'ENQUÊTE SANS UTILISER LES RÉPONSES SPÉCIFIQUES (EX. « AUTRE CHOSE ? »)	a. Aucun		
		b. Nausée		
		c. Selles noires		
		d. Constipation		
		d. Autre, PRÉCISER : _____		
(2,33)	Pendant cette visite, un agent de santé vous a-t-il donné ou prescrit des médicaments antipaludiques ? Montrer les comprimés de quinine et de Fansidar à la patiente.	OUI	01	
		NON	02 ► (2,35)	


(2,34)	DEMANDER À VOIR LES MÉDICAMENTS ANTIPALUDIQUES OU L'ORDONNANCE. NOTE "1" SI MENTIONNE ET "2" SINON	a. J'AI VU LES COMPRIMES	
		b. J'AI VU L'ORDONNANCE	
		c. AUCUN COMPRIME OU ORDONNANCE	
(2,35)	Avez-vous une moustiquaire imprégnée, c'est-à-dire une moustiquaire qui a été traitée avec un insecticide pour vous protéger contre les piqûres de moustiques ?	OUI 01	
		NON 02 ► (2,37)	
(2,36)	Avez-vous dormi la nuit dernière sous une moustiquaire imprégnée ?	OUI 01	
		NON 02	
(2,37)	Pendant cette visite, avez-vous reçu une moustiquaire imprégnée gratuitement ?	OUI 01	
		NON 02	
(2,38)	Pendant cette visite, un agent de santé s'est-il proposé de vous vendre une moustiquaire imprégnée ?	OUI 01	
		NON 02	
(2,39)	Pendant cette visite ou d'autres visites antérieures, un agent de santé vous a-t-il demandé si vous avez déjà reçu une injection d'anatoxine tétanique ?	OUI 01	
		NON 02	
(2,40)	Avez-vous déjà reçu une injection d'anatoxine tétanique, y compris celle que vous pourriez recevoir aujourd'hui ?	OUI 01	
		NON 02 ► (2,42)	
(2,41)	En plus de l'anatoxine tétanique que vous avez reçue aujourd'hui, combien de fois au total dans votre vie avez-vous reçu une injection d'anatoxine tétanique ? (VOUS POUVEZ AVOIR PRIS CETTE INJECTION SOIT DANS CE CENTRE SOIT AILLEURS.)		
(2,42)	Pendant cette visite ou les visites précédentes, un agent vous a-t-il parlé des signes de complication qui pourraient vous alerter pendant la grossesse?	Oui, pendant cette visite 01	
		Oui, pendant la précédente visite 02	
		Non 03 ► (2,45)	
(2,43)	Donnez-moi des signes de complication (signes alarmants) pendant la grossesse que vous connaissez. N'ÉNUMÉREZ PAS DES RÉPONSES, MAIS POUR CHAQUE OPTION, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ, ET « 2 » SI RIEN N'EST INDiqué. VOUS POUVEZ FAIRE L'ENQUÊTE SANS UTILISER LES RÉPONSES SPÉCIFIQUES (EX. « AUTRE CHOSE ? »)	a. Saignements vaginaux	
		b. Fièvre	
		c. Gonflement du visage, des mains ou des jambes	
		d. Fatigue ou essoufflement	
		e. Violent maux de tête	
		f. Vision trouble	
		g. Convulsions	
		h. Étourdissement/vertige/voile noir	
		i. Violent mal au bas-ventre	
		j. Le fœtus cesse de bouger	
		k. La poche d'eau se rompt	
		l. Difficulté respiratoire	
		m. Autre, Préciser : _____	

(2,44)	<p>Qu'est-ce que le personnel de santé vous a conseillé de faire si vous constatez un des signes de complication pendant la grossesse ?</p> <p>N'ÉNUMÉREZ PAS DES RÉPONSES, MAIS POUR CHAQUE OPTION, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ, ET « 2 » SI RIEN N'EST INDICUÉ. VOUS POUVEZ FAIRE L'ENQUÊTE SANS UTILISER LES RÉPONSES SPÉCIFIQUES (EX. « AUTRE CHOSE ? »)</p>	<p>a. Demander les soins dans le centre</p> <p>b. Activité réduite</p> <p>c. Changer le régime</p> <p>d. AUTRE, (PRÉCISER : _____)</p>	
(2,45)	<p>Un personnel de santé vous a-t-il parlé du recours au planning familial après la naissance de votre bébé pendant cette visite ?</p>	<p>OUI 01</p> <p>NON 02 ► (3,01)</p>	
(2,46)	<p>Le personnel de santé vous a-t-il parlé d'une méthode spécifique de planning familial pendant cette visite ?</p>	<p>OUI 01</p> <p>NON 02 ► (3,01)</p>	
(2,47)	<p>De quelles méthodes de planning familial vous a parlé le personnel de santé ?</p> <p>N'ÉNUMÉREZ PAS DES RÉPONSES, MAIS POUR CHAQUE OPTION, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ, ET « 2 » SI RIEN N'EST INDICUÉ. VOUS POUVEZ FAIRE L'ENQUÊTE SANS UTILISER LES RÉPONSES SPÉCIFIQUES (EX. « AUTRE CHOSE ? »)</p>	<p>a. STÉRILISATION FÉMININE</p> <p>b. STÉRILISATION MASCULINE</p> <p>c. PILULE CONTRACEPTIVE</p> <p>d. DISPOSITIF INTRA UTÉRIN (DIU)</p> <p>e. CONTRACEPTIFS INJECTABLES</p> <p>f. IMPLANTS</p> <p>g. PRÉSERVATIFS MASCULINS</p> <p>h. PRÉSERVATIFS FÉMININS</p> <p>i. DIAPHRAGME</p> <p>j. MOUSSE / GÉLATINE</p> <p>k. AMÉNORRHÉE DUE À LA LACTATION</p> <p>l. ABSTINENCE PÉRIODIQUE</p> <p>m. COÏT INTERROMPU</p> <p>n. Autres, préciser _____</p>	

(3)	Transport et dépense du patient	NOTER LES RÉPONSES
(3,01)	À quelle distance se situe votre maison de ce centre ? KILOMETRES	
(3,02)	Combien de temps vous a-t-il fallu pour arriver ici partant de votre maison, <u>aller simple</u> en minutes ? MINUTES	
(3,03)	Quel était votre principal mode de transport aujourd'hui ? (<u>aller simple</u>)	
	À pieds 01 ► (3,05)	
	Vélo 02	
	Animal 03	
	Voiture personnelle 04	
	Moto personnelle 05	
	Transports en commun 06 Autre 97	
(3,04)	Combien vous a coûté en CFA, en aller simple, votre déplacement pour le centre de santé aujourd'hui ? FCFA	
(3,05)	Pendant combien de temps avez-vous attendu dans le centre avant de consulter le personnel de santé ? MINUTES	
(3,06)	Combien de temps avez-vous passé avec le médecin ou l'infirmier pendant la consultation ? MINUTES	
(3,07)	Pensez-vous que la durée d'attente était trop longue ?	
	OUI 01 NON 02	
(3,08)	Avez-vous payé des frais de consultation aujourd'hui?	
	OUI 01 NON 02 ► (3,10)	
(3,09)	Combien avez-vous donné pour cela en monnaie locale CFA? FCFA	
(3,10)	A part les frais de consultation, l'agent de santé/ médecin vous a demandé pour l'argent additionnel?	
	OUI 01 NON 02 ► (3,12)	
(3,11)	Combien avez-vous donné pour cela en monnaie locale CFA? FCFA	
(3,12)	Avez-vous fait un examen de laboratoire aujourd'hui?	
	OUI 01 NON 02 ► (3,14)	
(3,13)	Combien aviez-vous payé en CFA pour ce service ? FCFA	
(3,14)	Avez-vous effectué une échographie aujourd'hui ?	
	OUI 01 NON 02 ► (3,16)	
(3,15)	Combien avez-vous payé en CFA pour ce service ? FCFA	
(3,16)	Avez-vous reçu des médicaments aujourd'hui ?	
	OUI 01 NON 02 ► (3,18)	
(3,17)	Combien aviez-vous payé en CFA pour ce service ? FCFA	
(3,18)	Combien avez-vous dépensé au total en CFA dans le centre pour cette visite, sans compter les frais de transport ? FCFA SI ZÉRO ► (3,20)	

(3,19)	D'où provient l'argent utilisé pour payer les soins de santé aujourd'hui ? N'ÉNUMÉREZ PAS DES RÉPONSES, MAIS POUR CHAQUE OPTION, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ, ET « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ. VOUS POUVEZ FAIRE L'ENQUÊTE SANS UTILISER LES RÉPONSES SPÉCIFIQUES (EX. « AUTRE CHOSE ? »)	a. Épargne ou budget régulier du ménage (couple vivant ensemble)	
		b. Partenaire/père de l'enfant (vivant ailleurs)	
		c. Membre de la famille	
		d. D'un ami ou d'une connaissance	
		e. Emprunt/crédit	
		f. Vente des biens du ménage	
		g. Assurance maladie	
		h. Autre, PRÉCISER : _____	
(3,20)	Êtes-vous actuellement couvert par un régime d'assurance maladie ?	OUI 01	
		NON 02 ► (4,01)	
(3,21)	Quel type d'assurance maladie ? Est-ce publique, privée ou les deux ?	Publique 01	
		Privée 02	
		Mutuelle de santé 03	
		Plus d'un type 04	
(3,22)	Au cours des 12 derniers mois, combien de mois avez-vous payé pour le régime d'assurance maladie qui vous couvre ?	MOIS	

(4) Satisfaction du patient			NOTER LES RÉPONSES
(4,01)	Quelle est la plus importante raison qui vous a poussé à choisir ce centre de santé et non un autre ? NE LISEZ PAS LES OPTIONS. VOUS NE POUVEZ DONNER QU'UNE SEULE RÉPONSE.	SITE NON LOIN DE LA MAISON	01
		COÛT RÉDUIT	02
		Confiance aux agents/soins de haute qualité	03
		DISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS	04
		DISPONIBILITÉ D'AGENT FÉMININ	05
		RECOMMANDATION	06
		REFERENCE	07
		AUTRE, (PRÉCISER :	97
(4,02)	Quelle est la deuxième principale raison, s'il y en a une autre, qui vous a poussé à choisir ce centre de santé et non un autre ? NE LISEZ PAS LES OPTIONS. VOUS NE POUVEZ DONNER QU'UNE SEULE RÉPONSE.	AUCUNE AUTRE RAISON	01
		SITE NON LOIN DE LA MAISON	02
		COÛT RÉDUIT	03
		CONFIANCE AUX AGENTS / SOINS DE	04
		DISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS	05
		DISPONIBILITÉ D'AGENT FÉMININ	06
		RECOMMANDATION	07
		REFERENCE	08
AUTRE, PRÉCISER :	97		
Je vais vous lire une série de déclarations concernant ce centre de santé. Dites-moi si vous êtes d'accord ou pas avec chaque déclaration. Certaines déclarations peuvent ne pas s'appliquer à votre situation. Dites-moi si une déclaration ne s'applique pas à vous.			
		RÉPONSE	NOTER LE CODE DE LA RÉPONSE
<p>LIRE CHAQUE DÉCLARATION À L'ENQUÊTE ET NOTER LE CODE DE LA RÉPONSE POUR CHAQUE QUESTION.</p>  <p>VEUILLEZ MONTRER ET DEMANDER DE CHOISIR LES CARTES COLORÉES ET NUMÉROTÉES AVEC LES CODES DE RÉPONSE.</p> <p>CODE DE LA RÉPONSE</p> <p>ACCORD 1</p> <p>NI EN ACCORD NI EN DÉSACCORD 2</p> <p>DÉSACCORD 3</p> <p>NON APPLICABLE 4</p>	(4,03)	Il est pratique de partir de votre maison pour le centre de santé.	
	(4,04)	Le centre de santé est propre.	
	(4,05)	Le personnel de santé est courtois et respectueux.	
	(4,06)	Le personnel médical vous a bien expliqué votre condition	
	(4,07)	Il est facile d'obtenir les médicaments prescrits par les agents de santé.	
	(4,08)	Les frais d'inscription pour cette visite au centre de santé étaient raisonnables.	
	(4,09)	Les frais de laboratoire pour cette visite au centre de santé étaient raisonnables.	
	(4,10)	Les frais des médicaments pour cette visite au centre de santé étaient raisonnables.	
	(4,11)	Les frais de transport pour cette visite au centre de santé étaient raisonnables.	
	(4,12)	Les soignants ne demandent pas pour les cadeaux comme le paiement additionnel	
	(4,13)	Le temps que vous avez passé à attendre la consultation d'un agent était raisonnable.	
	(4,14)	Vous avez eu assez d'intimité pendant votre visite	
	(4,15)	L'agent de santé a passé assez de temps avec vous.	
	(4,16)	Les heures auxquelles le centre est ouvert sont adaptées à vos besoins.	
	(4,17)	La qualité générale des services fournis était satisfaisante.	

(5)	Sécurité et confiance	NOTER LES RÉPONSES		
Je vais vous lire une série de déclarations concernant la sécurité et la confiance dans ce centre de santé. Veuillez répondre aux déclarations comme vous l'avez fait ci-haut en confirmant si vous êtes d'accord ou non avec chaque déclaration. Veuillez me dire si l'une des déclarations ne s'applique pas à vous.				
	<p>LIRE CHAQUE DÉCLARATION À L'ENQUÊTE ET NOTER LE CODE DE LA RÉPONSE POUR CHAQUE QUESTION.</p>  <p>VEUILLEZ MONTRER ET DEMANDER DE CHOISIR LES CARTES COLORÉES ET NUMÉROTÉES AVEC LES CODES DE RÉPONSE.</p> <p>CODES DE LA RÉPONSE :</p> <p>ACCORD 1</p> <p>NI EN ACCORD NI EN DÉSACCORD 2</p> <p>DÉSACCORD 3 NON APPLICABLE 4</p>	(5,01)	Le niveau de sécurité dans le centre de santé ne permet pas aux populations de la communauté d'utiliser les services de santé disponibles.	
	(5,02)	Le personnel soignant de ce centre est honnête et respecte les patients		
	(5,03)	Les agents de santé dans ce centre sont extrêmement consciencieux et prudents.		
	(5,04)	Vous faites confiance aux compétences et capacités des personnels de santé de ce centre.		
	(5,05)	Vous faites totalement confiance aux décisions du personnel de santé concernant le traitement médical dans ce centre.		
	(5,06)	Les agents de santé dans ce centre sont très amicaux et ouverts		
	(5,07)	Les personnels de santé dans ce centre sont faciles à aborder.		
	(5,08)	Les agents de santé de ce centre s'occupent de votre santé autant que vous ou plus que vous.		
	(5,09)	Le personnel de santé de ce centre agit différemment à l'égard des riches et des pauvres.		

(6)	Questions relatives au ménage	NOTER LES RÉPONSES
(6,01)	Votre famille a-t-elle un terrain ou une maison ?	OUI 01
		NON 02
(6,02)	Combien de pièces compte la maison que vous habitez actuellement, y compris les pièces hors de l'habitation principale, sans compter la cuisine et les salles de bain ? NE COMPTEZ PAS LA CUISINE ET LA SALLE DE BAIN	
(6,03)	Combien de personnes vivent dans votre ménage ? ÉCRIRE LE NOMBRE TOTAL DANS CHAQUE CATÉGORIE.	a. Hommes âgés d'au moins 18 ans
		b. Femmes âgées d'au moins 18 ans
		c. Enfants et adolescents âgés entre 6 et 17 ans
		d. Enfants âgés de moins de 5 ans
		e. Total

(7)	Agents de santé communautaire	NOTER LES RÉPONSES
(7,01)	Connaissez-vous un agent de santé communautaire (ASC) dans votre communauté ? OUI 01 NON 02 ► FIN	
(7,02)	Avez-vous des Agents de santé communautaire de sexe masculin et de sexe féminin dans votre communauté ? ASC de sexe masculin uniquement 01 ASC de sexe féminin uniquement 02 Sexe masculin et féminin 03	
(7,03)	Au cours du dernier mois, un ASC vous a-t-il rendu services lorsque vous étiez au poste de santé ? OUI 01 NON 02	
(7,04)	Au cours du dernier mois, un ASC vous a-t-il rendu services lorsque vous étiez chez vous ? OUI 01 NON 02	
(7,05)	Au cours du dernier mois, un ASC vous a-t-il rendu services lorsque vous étiez quelque part dans votre communauté ? OUI 01 NON 02	
(7,06)	VÉRIFIER LES 3 PRÉCÉDANTES QUESTIONS POUR VOIR SI L'ENQUÊTÉ A UTILISÉ LES SERVICES LE MOIS DERNIER OUI 01 NON 02 ► (7,08)	
(7,07)	Quels services l'ASC vous a-t-il offert ? <i>NE LISEZ PAS LES OPTIONS. POUR CHAQUE OPTION, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ, ET « 2 » SI RIEN N'EST INDiqué.</i> a. FOURNIR LES COMPRIMÉS DE FER / D'ACIDE FOLIQUE b. FOURNIR LE VACCIN CONTRE L'ANATOXINE TÉTANIQUE c. FOURNIR LES MÉDICAMENTS ANTIPALUDIQUES d. INFORMATIONS SUR LES SIGNES ALARMANTS PENDANT LA GROSSESSE e. CONSEIL SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF f. ÉDUCATION À LA SANTÉ ET PROMOTION DE LA SANTÉ g. RÉFÉRENCE AU CENTRE DE SANTÉ h. AUTRE, (PRÉCISER : _____)	
(7,08)	Maintenant je vais vous lire deux déclarations en rapport avec le travail effectué par les Agents de santé communautaire. Veuillez dire si vous êtes d'accord ou pas avec chaque déclaration. CODES : ACCORD =1, NI EN ACCORD NI EN DÉSACCORD =2 EN DÉSACCORD=3 a. Les Agents de santé communautaire rendent des services valables dans ma communauté. b. L'Agent de santé communautaire offre les services de bonne qualité dans ma communauté	

MERCI DE VOTRE DISPONIBILITÉ

(8) Accoucheur traditionnel		NOTER LES RÉPONSES			
(8,01)	Connaissez-vous un Accoucheur traditionnel (TBA) dans votre communauté ?	Oui	01		
		Non	02 ► FIN		
(8,02)	Avez-vous fait recours à un Accoucheur traditionnel le mois dernier, soit dans votre propre domicile soit dans la communauté soit dans le centre de santé ?	Oui, au domicile	01		
		Oui, au centre de santé	02		
		Oui, dans la communauté	03		
		Oui, à la fois au domicile et dans le centre de santé	04		
		Oui, à la fois au domicile et dans la communauté	05		
		Oui, à la fois dans le centre de santé et dans la communauté	06		
		Oui, à la fois au domicile, dans le centre de santé et dans la communauté	07		
		Non	08 ► (8,04)		
(8,03)	Quels services l'Accoucheur traditionnel vous a-t-il rendu ?	a. IDENTIFIER VOTRE GROSSESSE			
		b. VOUS AMENER À UNE VISITE PRÉNATALE			
		c. INFORMATIONS SUR LES SIGNES ALARMANTS PENDANT LA GROSSESSE			
		d. ACCOMPAGNER AU CENTRE DE SANTÉ POUR ACCOUCHEMENT			
		e. ÉDUCATION À LA SANTÉ ET PROMOTION DE LA SANTÉ			
		f. DONNE DES MEDICAMENTS TRADITIONNELS			
		g. FAIS LES MASSAGES			
		h. FAIS LES BLINDAGES			
		i. AUTRE, (PRÉCISER : _____)			
<p>NE LISEZ PAS LES OPTIONS. POUR CHAQUE OPTION, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ, ET « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ.</p> <p>Je vais vous lire deux déclarations en rapport avec le travail effectué par l'Accoucheur traditionnel. Veuillez dire si vous êtes d'accord ou pas avec chaque déclaration.</p>					
		D'accord	Ni en accord ni en désaccord	En désaccord	NOTER LES RÉPONSES
(8,04)	Les Accoucheurs traditionnels rendent des services valables dans ma communauté.	01	02	03	
(8,05)	Les Accoucheurs traditionnels rendent des services de bonne qualité dans ma communauté.	01	02	03	
MERCI DE VOTRE DISPONIBILITÉ					