

**ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE AU NIGER**  
**QUESTIONNAIRE DE DISPONIBILITE DES SERVICES**

MACRO INTERNATIONAL/CARE INTERNATIONAL

IDENTIFICATION																
NOM DE LA LOCALITE _____	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>															
NUMERO DE GRAPPE.....																
DEPARTEMENT.....																
ARRONDISSEMENT.....																
CANTON.....																
NIAMEY/AUTRE COMMUNE/RURAL..... (Niamey=1. Autre Commune=2, Rural=3).																

ZONE D'INTERVENTION UNICEF (OUI = 1, NON = 2. Grappe commune = 3).....	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>
------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

DATE DE LA VISITE _____	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>								
NOM DE L'ENQUETEUR _____									
RESULTAT*.....									
*CODES RESULTAT: 1 REMPLI 2 PARTIELLEMENT REMPLI 3 REFUSE 4 AUTRE _____ <div style="text-align: right;">(PRECISER)</div>	AN <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 10px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">9</td></tr> </table> RESULTAT <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1	9						
1	9								

CONTROLE TERRAIN	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	NOM _____ <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	NOM _____ <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>
DATE _____	DATE _____	DATE _____

## SECTION 1. CARACTERISTIQUES COMMUNAUTAIRES

No.	QUESTIONS	CODES	PASSER A
L'ENQUETEUR DOIT REPENDRE A LA QUESTION 101 EN ARRIVANT DANS LA GRAPPE.			
101	TYPE DE LOCALITE (dans laquelle se situe la grappe)	NIAMEY.....1 AUTRE COMMUNE.....2 RURAL.....3	→ 106 → 106
IL FAUT POSER LES QUESTIONS SUIVANTES (SECTIONS 1 ET 2) A UN GROUPE DE PERSONNES BIEN INFORMEES SUR LES SERVICES, EQUIPEMENTS ET STRUCTURES EXISTANT DANS LA GRAPPE.			
102	Quel est le nom du centre urbain le plus proche?	_____ <input type="text"/>	
103	A combien de kilomètres est situé le centre urbain le plus proche?	KM. JUSQU'AU CENTRE URBAIN LE PLUS PROCHE <input type="text"/>	
104	Quels moyens de transport sont utilisés le plus souvent pour aller au centre urbain le plus proche?  (ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES DONNEES)	VOITURE/BUS/CAMION.....A MOBYLETTE.....B BICYCLETTE.....C PIROGUE.....D DOS D'ANIMAL/CHARRETTE.....E A PIED.....F AUTRE _____ X (PRECISER)	
105	Quelle est la principale voie d'accès pour rejoindre (LOCALITE)?	ROUTE GOUDRONNEE.....1 ROUTE LATERITE.....2 PISTE PRATICABLE TTE ANNEE.....3 PISTE NON PRATIC. TTE. ANNEE...4 SENTIER.....5 VOIE D'EAU.....6	
106	Quelles sont les activités économiques les plus importantes des habitants de (LOCALITE)?  ENREGISTREZ AU PLUS 3 ACTIVITES	AGRICULTURE.....A ELEVAGE.....B PECHE/CHASSE.....C COMMERCE.....D INDUSTRIE/ARTISANAT.....E EXPLOITATION MINIERE.....F ADMINISTRATION/SERVICES.....G AUTRE _____ X (PRECISER)	
106A	Quelles sont les activités économiques les plus importantes des habitants de (LOCALITE) pendant la saison sèche?  ENREGISTREZ AU PLUS 3 ACTIVITES	ELEVAGE.....B PECHE/CHASSE.....C COMMERCE.....D INDUSTRIE/ARTISANAT.....E EXPLOITATION MINIERE.....F ADMINISTRATION/SERVICES.....G MIGRATIONS SAISONNIERES PROFESSIONNELLES.....H AUTRE _____ X (PRECISER)	
107	Y-a-t-il le téléphone à (LOCALITE)?	OUI.....1 NON.....2	
108	Il arrive parfois que des enfants, qui jouent normalement pendant la journée, éprouvent des difficultés pour voir et pour se déplacer au crépuscule, après le coucher du soleil. Dans la soirée, ces enfants restent parfois assis seuls, se tiennent aux habits de leur mère, ils sont incapables de trouver leurs jouets, ou de voir pour manger. Connaissez-vous ce problème?	OUI.....1 NON.....2	→ 110

No.	QUESTIONS	CODES	PASSER A
109	Quel nom donnez-vous à ce problème? ESSAYEZ D'OBTENIR LE NOM LOCAL DE CETTE MALADIE	<input type="text"/> <input type="text"/>	
110	Connaissez-vous, dans votre communauté, des enfants qui ont souffert de cette maladie, au cours du mois passé?	OUI.....1 NON.....2	
111	Dites-moi s'il existe les équipements suivants à (LOCALITE)? a. Y-a-t-il un centre d'alphabétisation? b. Y-a-t-il une école primaire ? c. Y-a-t-il une école secondaire 1er cycle? d. Y-a-t-il une école secondaire 2nd cycle? e. Y-a-t-il une médersa? f. Y-a-t-il un bureau de poste? g. Y-a-t-il un marché local? h. Y-a-t-il un service de crédit pour les femmes? i. Y-a-t-il un médecin privé? j. Y-a-t-il un service vétérinaire? k. Y-a-t-il des transports en commun quotidiens? l. Y-a-t-il des transports en commun hebdomadaires? m. Y-a-t-il une banque céréalière? n. Y-a-t-il une banque d'engrais/de semences améliorées? o. Y-a-t-il un moulin? p. Y-a-t-il une décortiqueuse? q. Y-a-t-il un comité de gestion d'assainissement de l'eau? r. Y-a-t-il des activités de lutte contre la désertification ?  QUAND L'EQUIPEMENT OU LE SERVICE EXISTE DANS LA LOCALITE, NOTER "00". SI L'EQUIPEMENT OU LE SERVICE N'EXISTE PAS DANS LA LOCALITE, DEMANDEZ A QUELLE DISTANCE IL SE TROUVE. NOTER LA REPONSE EN KILOMETRES. SI 'NSP', NOTER '98'. SI LE NOMBRE DE KM EST SUPERIEUR OU EGAL A '95', NOTER '95'	KILOMETRES CENTRE ALPHABETISATION... <input type="text"/> <input type="text"/> ECOLE PRIMAIRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> ECOLE SECOND. 1ER CYCLE.. <input type="text"/> <input type="text"/> ECOLE SECOND. 2ND CYCLE.. <input type="text"/> <input type="text"/> MEDERSA..... <input type="text"/> <input type="text"/> BUREAU DE POSTE..... <input type="text"/> <input type="text"/> MARCHE LOCAL..... <input type="text"/> <input type="text"/> CREDIT..... <input type="text"/> <input type="text"/> MEDECIN PRIVE..... <input type="text"/> <input type="text"/> VETERINAIRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> TRANSPORT COM. QUOTIDIEN. <input type="text"/> <input type="text"/> TRANSPORT COM. HEBDOMAD.. <input type="text"/> <input type="text"/> BANQUE CEREALIERE..... <input type="text"/> <input type="text"/> BANQUE ENGRAIS/SEMENCE... <input type="text"/> <input type="text"/> MOULIN..... <input type="text"/> <input type="text"/> DECORTIQUEUSE..... <input type="text"/> <input type="text"/> ASSAINISSEMENT EAU..... <input type="text"/> <input type="text"/> LUTTE CONTRE DESERT..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

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

No.	QUESTIONS	CODES	PASSER A
112	Dites-moi s'il existe les institutions/structures suivantes à (LOCALITE)? a. un maire? b. un chef traditionnel? c. une gendarmerie? d. un comité villageois de développement? e. un comité villageois des femmes? f. un comité villageois d'animation? g. un animateur radio-club?	OUI NON MAIRE.....1 2 CHEF TRADITIONNEL.....1 2 GENDARMERIE.....1 2 C.V. DE DEVELOPPEMENT...1 2 C.V. DES FEMMES.....1 2 C.V. D'ANIMATION.....1 2 RADIO-CLUB.....1 2	
113	Est-ce que (LOCALITE) est couvert par un programme de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	→115
114	Les méthodes suivantes sont-elles disponibles à (LOCALITE)? a: Pilule?  b: Condom?	PILULE: OUI.....1 NON.....2  CONDOM: OUI.....1 NON.....2	
115	Y-a-t-il eu des campagnes de planification familiale à (LOCALITE) durant l'année dernière?	OUI.....1 NON.....2	→117
116	Sur quel thème particulier cette campagne a-t-elle mis l'accent?  (ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES DONNEES)	ESPACEMENT NAISSANCES.....A AVANTAGES LIMIT. NAISSANCES.....B UTILISATION PLANNING FAMILIAL...C ALLAITEMENT.....D PROMOTION METHOD.SPECIFIQUE(S)...E OU TROUVER LES METHODES.....F AUTRE.....X (PRECISER)	
117	Où les femmes de (LOCALITE) accouchent-elles le plus souvent ?	A LA MAISON.....1 A LA CASE DE SANTE.....2 A L'HOPITAL.....3	
118	Y-a-t-il une accoucheuse traditionnelle qui assiste régulièrement les femmes lors des accouchements?	OUI.....1 NON.....2	→121
119	L'accoucheuse traditionnelle fournit-elle des compléments/comprimés de fer?	OUI.....1 NON.....2	
120	L'accoucheuse traditionnelle a-t-elle reçu une formation spéciale du gouvernement, du Ministère de la Santé ou d'une autre organisation?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
121	Cette zone est-elle couverte par une sage-femme?	OUI.....1 NON.....2	→123
122	La sage-femme fournit-elle des compléments/comprimés de fer?	OUI.....1 NON.....2	
123	Quand une femme de (LOCALITE) a des problèmes lors d'un accouchement, que se passe-t-il généralement ?	RESTE SUR PLACE/SAGE-FEMME OU ACC.TRAD. VIENT AIDER.....1 RESTE SUR PLACE/FAMILLE, AMIS VOISINS AIDENT.....2 EST ENVOYEE AU CENTRE SANTE 1ER NIVEAU.....3 EST ENVOYEE AU CENTRE SANTE AVEC MATERNITE.....4 EST ENVOYEE A L'HOPITAL.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	

No.	QUESTIONS	CODES	PASSER A
124	Cette zone est-elle couverte par un : a. Agent de santé de l'état? b. Agent de santé payé par la population/agent de santé communautaire? c. Agent de santé payé par une ONG/Association? d. Agent de santé privé? e. Agent de santé villageoise/bénévole?	OUI NON AGENT SANTE ETAT.....1 2 AGENT PAYE/POPULATION...1 2 AGENT PAYE ONG/ASSOC....1 2 AGENT SANTE PRIVE.....1 2 AGENT SANTE VILLAGE.....1 2	
125	VERIFIER 124: SI AU MOINS 1 'OUI' <input type="checkbox"/>	SI AUCUN OUI <input type="checkbox"/>	→128
126	L'agent de santé fournit-il: a: des soins curatifs de base? b: des médicaments essentiels? c: des SRO? d: des comprimés de vitamine A? e: des conseils sur la croissance des enfants? f: les pesées des enfants? g: des comprimés de fer? h: des capsules d'iode? i: des soins prénatals? j: des accouchements? k: des soins post-natals? l: des vaccinations? m: des services de planification familiale? n: fait-il de l'éducation pour la santé?	OUI NON SOINS CURATIFS/BASE....1 2 MEDICAMENTS ESSENTIELS..1 2 SRO.....1 2 VITAMINE A.....1 2 CONSEILS/CROISSANCE....1 2 PESEES.....1 2 COMPRIMES DE FER.....1 2 CAPSULE D'IODE.....1 2 SOINS PRENATALS.....1 2 ACCOUchements.....1 2 SOINS POST-NATALS.....1 2 VACCINATIONS.....1 2 PLANIFICATION FAMIL....1 2 EDUCAT. POUR LA SANTE...1 2	
127	Combien de fois l'agent de santé vient-il? SI L'AGENT DE SANTE EST PERMANENT, NOTER '95'.	NO. DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> PAR MOIS...1 PAR AN...2	
128	A combien de kilomètres se situe le centre de vaccination le plus proche ? SI LE CENTRE DE VACCINATION EST DANS LA LOCALITE, NOTER "00". NOTER LA REponse EN KILOMETRES. SI LE NOMBRE DE KM EST SUPERIEUR A "95", NOTER "95". SI NSP, NOTER "98". SI C'EST UNE EQUIPE MOBILE, ENTOURER LA REponse PREVUE.	VACCINATIONS..... <input type="text"/> <input type="text"/> EQUIPE MOBILE.....96	
127	Pouvez-vous y faire vacciner vos enfants tous les jours, au moins une à deux fois par semaine, au moins une fois par mois, au moins une fois par trimestre ou moins fréquemment?	TOUS LES JOURS.....1 UNE A DEUX FOIS/SEMAINE...2 UNE FOIS PAR MOIS.....3 UNE FOIS PAR TRIMESTRE....4 MOINS FREQUEMMENT.....5	
128	Y-a-t-il eu des campagnes d'éducation pour la santé à (LOCALITE) durant l'année dernière?	OUI.....1 NON.....2 →200	
129	Sur quel thème particulier cette campagne a-t-elle mis l'accent?  (ENCERCLEZ TOUTES LES REponses DONNEES)	BIENFAITS DE L'ALLAITEMENT. ...A VACCINATIONS.....B CONTROLE MALADIES DIARRHEIQUES..C SIDA.....D ABUS DE DROGUES.....E CONSEIL CROISSANCE/NUTRITION...F VITAMINE A.....G CARENCE EN IODE.....H CONSULTATIONS PRENATALES.....I HYGIENE ET ASSAINISSEMENT.....J AUTRE _____X (PRECISER)	

## SECTION 2.

## IDENTIFICATION DES ETABLISSEMENTS

POSER LA QUESTION POUR CHAQUE TYPE D'ETABLISSEMENT. INSISTER POUR OBTENIR LE NOM DE L'ETABLISSEMENT. QUAND LE NOM EST DONNE, NOTER LE EN CLAIR ET ENTOURER 1. SI NSP, ENTOURER 8.

200	A. Quel est le nom de la pharmacie la plus proche de cette communauté?	NOM: _____ _____ 1 (PRECISER) NSP.....8
	B. Quel est le nom du centre de santé de premier niveau le plus proche de cette communauté?	NOM: _____ _____ 1 (PRECISER) NSP.....8
	C. Quel est le nom du centre de santé avec maternité le plus proche de cette communauté?	NOM: _____ _____ 1 (PRECISER) NSP.....8
	D. Quel est le nom de l'hôpital le plus proche de cette communauté?	NOM: _____ _____ 1 (PRECISER) NSP.....8

2-1

A. PHARMACIE

No.	QUESTIONS	CODES	PASSER A																												
A201	NOM DE LA PHARMACIE (A COPIER DE LA SECTION 2, PAGE DE COUVERTURE).  SI PAS DE PHARMACIE, PASSER A B.201.	PHARMACIE NOM: _____  _____																													
A202	Est-ce une pharmacie du gouvernement ou est-elle gérée par une organisation non gouvernementale ?	GOUVERNEMENTALE.....1 NON-GOUVERNEMENTALE.....2																													
A203	A quelle distance d'ici (en kms) se trouve-t-elle? (NOTEZ "00" SI MOINS D'1 KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95").	KILOMETRES..... <input type="text"/> <input type="text"/>																													
A204	Quel est le moyen de transport le plus fréquemment utilisé pour se rendre à la pharmacie?	VOITURE/BUS/CAMION.....01 MOBYLETTE.....02 BICYCLETTE.....03 PIROGUE.....04 DOS D'ANIMAL/CHARRETTE.....05 A PIED.....06  AUTRE _____ 96 (PRECISER)																													
A205	Combien de temps mettez-vous pour vous rendre à (PHARMACIE) en utilisant le moyen de transport le plus fréquent?	HEURES..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/>																													
A206	La pharmacie vend-elle:  a. des anti-paludéens (nivaquine, chloroquine...)? b. des comprimés de fer? c. de la Vitamine A? d. des sachets de réhydratation orale (SRO)? e. de l'aspirine? f. des condoms	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ANTI-PALUDEENS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>COMPRIMES DE FER.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VITAMINE A.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SRO.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ASPIRINE.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONDOMS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	ANTI-PALUDEENS.....1	2	8		COMPRIMES DE FER.....1	2	8		VITAMINE A.....1	2	8		SRO.....1	2	8		ASPIRINE.....1	2	8		CONDOMS.....1	2	8		
	OUI	NON	NSP																												
ANTI-PALUDEENS.....1	2	8																													
COMPRIMES DE FER.....1	2	8																													
VITAMINE A.....1	2	8																													
SRO.....1	2	8																													
ASPIRINE.....1	2	8																													
CONDOMS.....1	2	8																													
A210	Au total, combien y-a-t-il de pharmacies dans un rayon de 15 KM?  Et dans un rayon de 30 KM ?	NBRE. PHARMACIES DANS RAYON DE 15 KM..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NBRE. PHARMACIES DANS RAYON DE 30 KM..... <input type="text"/> <input type="text"/>																													

B. CENTRE DE SANTE DE PREMIER NIVEAU

No.	QUESTIONS	CODES	PASSER A																																																																								
B201	NOM DU CENTRE DE SANTE DE PREMIER NIVEAU (A COPIER DE LA SECTION 2, PAGE DE COUVERTURE). SI PAS DE CENTRE DE SANTE, PASSER A C.201	CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU NOM: _____ _____																																																																									
B203	A quelle distance d'ici (en kms) se trouve-t-il? (NOTEZ "00" SI MOINS D'1 KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95").	KILOMETRES..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																									
B204	Quel est le moyen de transport le plus fréquemment utilisé pour se rendre au centre de santé premier niveau?	VOITURE/BUS/CAMION.....01 MOBYLETTE.....02 BICYCLETTE.....03 PIROGUE.....04 DOS D'ANIMAL/CHARRETTE.....05 A PIED.....06 AUTRE.....96 (PRECISER)																																																																									
B205	Combien de temps mettez-vous pour vous rendre au (CENTRE DE SANTE DE PREMIER NIVEAU) en utilisant le moyen de transport le plus fréquent?	HEURES..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																									
B206	Ce centre de santé de premier niveau dispense-t-il :	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. des médicaments essentiels?</td> <td>MEDICAMENTS ESSENT...1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b. des soins curatifs?</td> <td>SOINS CURATIFS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c. des consultations gynécologiques?</td> <td>GYNECOLOGIE.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d. des soins prénatals?</td> <td>SOINS PRENATALS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e. des accouchements?</td> <td>ACCOUCHEMENT.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f. des soins post-natals?</td> <td>SOINS POST-NATALS....1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g. des vaccinations pour enfants?</td> <td>VACCINS ENFANTS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>h. de la chirurgie?</td> <td>CHIRURGIE.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>i. des césariennes?</td> <td>CESARIENNE.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>j. des conseils pour l'alimentation des enfants?</td> <td>CONSEIL ALIMENTATION.1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>k. le suivi de l'état nutritionnel des jeunes enfants?</td> <td>SUIVI NUTRITIONNEL...1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>l. soins pour récupération nutritionnelle ambulatoire?</td> <td>RECUPERATION NUT....1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>m. la promotion de l'allaitement maternel exclusif?</td> <td>ALLAITEMENT MATERNEL.1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>n. de l'éducation pour la santé?</td> <td>EDUCATION/SANTE.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>o. des conseils d'hygiène et assainissement?</td> <td>HYGIENE/ASSAINIS....1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>p. des examens complémentaires (radio/labo/analyse)</td> <td>EXAMEN COMPLEMENT...1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>q. a-t-il un service de planification familiale?</td> <td>PLANNING FAMILIAL....1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a. des médicaments essentiels?	MEDICAMENTS ESSENT...1	2	8	b. des soins curatifs?	SOINS CURATIFS.....1	2	8	c. des consultations gynécologiques?	GYNECOLOGIE.....1	2	8	d. des soins prénatals?	SOINS PRENATALS.....1	2	8	e. des accouchements?	ACCOUCHEMENT.....1	2	8	f. des soins post-natals?	SOINS POST-NATALS....1	2	8	g. des vaccinations pour enfants?	VACCINS ENFANTS.....1	2	8	h. de la chirurgie?	CHIRURGIE.....1	2	8	i. des césariennes?	CESARIENNE.....1	2	8	j. des conseils pour l'alimentation des enfants?	CONSEIL ALIMENTATION.1	2	8	k. le suivi de l'état nutritionnel des jeunes enfants?	SUIVI NUTRITIONNEL...1	2	8	l. soins pour récupération nutritionnelle ambulatoire?	RECUPERATION NUT....1	2	8	m. la promotion de l'allaitement maternel exclusif?	ALLAITEMENT MATERNEL.1	2	8	n. de l'éducation pour la santé?	EDUCATION/SANTE.....1	2	8	o. des conseils d'hygiène et assainissement?	HYGIENE/ASSAINIS....1	2	8	p. des examens complémentaires (radio/labo/analyse)	EXAMEN COMPLEMENT...1	2	8	q. a-t-il un service de planification familiale?	PLANNING FAMILIAL....1	2	8	
	OUI	NON	NSP																																																																								
a. des médicaments essentiels?	MEDICAMENTS ESSENT...1	2	8																																																																								
b. des soins curatifs?	SOINS CURATIFS.....1	2	8																																																																								
c. des consultations gynécologiques?	GYNECOLOGIE.....1	2	8																																																																								
d. des soins prénatals?	SOINS PRENATALS.....1	2	8																																																																								
e. des accouchements?	ACCOUCHEMENT.....1	2	8																																																																								
f. des soins post-natals?	SOINS POST-NATALS....1	2	8																																																																								
g. des vaccinations pour enfants?	VACCINS ENFANTS.....1	2	8																																																																								
h. de la chirurgie?	CHIRURGIE.....1	2	8																																																																								
i. des césariennes?	CESARIENNE.....1	2	8																																																																								
j. des conseils pour l'alimentation des enfants?	CONSEIL ALIMENTATION.1	2	8																																																																								
k. le suivi de l'état nutritionnel des jeunes enfants?	SUIVI NUTRITIONNEL...1	2	8																																																																								
l. soins pour récupération nutritionnelle ambulatoire?	RECUPERATION NUT....1	2	8																																																																								
m. la promotion de l'allaitement maternel exclusif?	ALLAITEMENT MATERNEL.1	2	8																																																																								
n. de l'éducation pour la santé?	EDUCATION/SANTE.....1	2	8																																																																								
o. des conseils d'hygiène et assainissement?	HYGIENE/ASSAINIS....1	2	8																																																																								
p. des examens complémentaires (radio/labo/analyse)	EXAMEN COMPLEMENT...1	2	8																																																																								
q. a-t-il un service de planification familiale?	PLANNING FAMILIAL....1	2	8																																																																								
B207	VERIFIER B206 : SI OUI A : SOINS CURATIFS ET/OU CONSULT. PRENATALES ET/OU VACCINATION <input type="checkbox"/>	SI OUI A AUCUN DE CES TROIS SERVICES <input type="checkbox"/> → B209																																																																									
B208	Dans ce centre de santé de premier niveau, combien coûtent : a. les soins curatifs? b. les consultations prénatales? c. les vaccinations?	FRANCS CFA SOINS CURATIFS... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CONS. PRENATALES.. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> VACCINATIONS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SI NSP, INSCRIRE "9998" SI SERVICE INEXISTANT, NOTER "9997"																																																																									
B209	Dans ce centre de santé de premier niveau, y-a-t-il? a. une auxiliaire de santé? b. une accoucheuse? c. un(e) infirmier(ère)? d. une sage-femme? e. un médecin?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AUXILIAIRE.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEUSE.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>INFIRMIER(E).....1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SAGE-FEMME.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>MEDECIN.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	AUXILIAIRE.....1	2	8	ACCOUCHEUSE.....1	2	8	INFIRMIER(E).....1	2	8	SAGE-FEMME.....1	2	8	MEDECIN.....1	2	8																																																						
	OUI	NON	NSP																																																																								
AUXILIAIRE.....1	2	8																																																																									
ACCOUCHEUSE.....1	2	8																																																																									
INFIRMIER(E).....1	2	8																																																																									
SAGE-FEMME.....1	2	8																																																																									
MEDECIN.....1	2	8																																																																									
B210	Au total, combien y-a-t-il de centres de santé de premier niveau dans un rayon de 15 kms? Et dans un rayon de 30 KM?	NBRE. CENTRES DE SANTE 1ER NIV. DANS RAYON DE 15 KM... <input type="text"/> <input type="text"/> NBRE. CENTRES DE SANTE 1ER NIV. DANS RAYON DE 30 KM... <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																									

C. CENTRE DE SANTE AVEC MATERNITE

No.	QUESTIONS	CODES	PASSER A																																																																								
C201	NOM DU CENTRE DE SANTE AVEC MATERNITE (A COPIER DE LA SECTION 2, PAGE DE COUVERTURE). SI PAS DE CENTRE DE SANTE AVEC MATERNITE, PASSER A D.201	CENTRE DE SANTE AVEC MATERNITE NOM: _____																																																																									
C203	A quelle distance d'ici (en kms) se trouve-t-il? (NOTEZ "00" SI MOINS D'1 KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95").	KILOMETRES..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																									
C204	Quel est le moyen de transport le plus fréquemment utilisé pour se rendre à ce centre de santé avec maternité?	VOITURE/BUS/CAMION.....01 MOBYLETTE.....02 BICYCLETTE.....03 PIROGUE.....04 DOS D'ANIMAL/CHARRETTE.....05 A PIED.....06 AUTRE.....96 (PRÉCISER)																																																																									
C205	Combien de temps mettez-vous pour vous rendre à (NOM DU CENTRE DE SANTE AVEC MATERNITE) en utilisant le moyen de transport le plus fréquent?	HEURES..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																									
C206	Ce centre de santé avec maternité dispense-t-il: a. des médicaments essentiels? b. des soins curatifs? c. des consultations gynécologiques? d. des soins prénatals? e. des accouchements? f. des soins post-natals? g. des vaccinations pour enfants? h. de la chirurgie? i. des césariennes? j. des conseils pour l'alimentation des enfants? k. le suivi de l'état nutritionnel des jeunes enfants? l. soins pour récupération nutritionnelle ambulatoire? m. la promotion de l'allaitement maternel exclusif? n. de l'éducation pour la santé? o. des conseils d'hygiène et assainissement? p. des examens complémentaires (radio/labo/analyse) q. a-t-il un service de planification familiale?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MEDICAMENTS ESSENT...1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOINS CURATIFS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GYNECOLOGIE.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOINS PRENATALS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENT.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOINS POST-NATALS....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VACCINS ENFANTS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CHIRURGIE.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CESARIENNE.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONSEIL ALIMENTATION.1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUIVI NUTRITIONNEL...1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>RECUPERATION NUT....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALLAITEMENT MATERNEL.1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>EDUCATION/SANTE.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HYGIENE/ASSAINIS....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>EXAMEN COMPLEMENT...1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PLANNING FAMILIAL....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	MEDICAMENTS ESSENT...1	2	8		SOINS CURATIFS.....1	2	8		GYNECOLOGIE.....1	2	8		SOINS PRENATALS.....1	2	8		ACCOUCHEMENT.....1	2	8		SOINS POST-NATALS....1	2	8		VACCINS ENFANTS.....1	2	8		CHIRURGIE.....1	2	8		CESARIENNE.....1	2	8		CONSEIL ALIMENTATION.1	2	8		SUIVI NUTRITIONNEL...1	2	8		RECUPERATION NUT....1	2	8		ALLAITEMENT MATERNEL.1	2	8		EDUCATION/SANTE.....1	2	8		HYGIENE/ASSAINIS....1	2	8		EXAMEN COMPLEMENT...1	2	8		PLANNING FAMILIAL....1	2	8		
	OUI	NON	NSP																																																																								
MEDICAMENTS ESSENT...1	2	8																																																																									
SOINS CURATIFS.....1	2	8																																																																									
GYNECOLOGIE.....1	2	8																																																																									
SOINS PRENATALS.....1	2	8																																																																									
ACCOUCHEMENT.....1	2	8																																																																									
SOINS POST-NATALS....1	2	8																																																																									
VACCINS ENFANTS.....1	2	8																																																																									
CHIRURGIE.....1	2	8																																																																									
CESARIENNE.....1	2	8																																																																									
CONSEIL ALIMENTATION.1	2	8																																																																									
SUIVI NUTRITIONNEL...1	2	8																																																																									
RECUPERATION NUT....1	2	8																																																																									
ALLAITEMENT MATERNEL.1	2	8																																																																									
EDUCATION/SANTE.....1	2	8																																																																									
HYGIENE/ASSAINIS....1	2	8																																																																									
EXAMEN COMPLEMENT...1	2	8																																																																									
PLANNING FAMILIAL....1	2	8																																																																									
C207	VERIFIER C206 : SI OUI A : SOINS CURATIFS ET/OU CONSULT. PRENATALES ET/OU VACCINATION <input type="checkbox"/>	SI OUI A AUCUN DE CES TROIS SERVICES <input type="checkbox"/> → C209																																																																									
C208	Dans ce centre de santé avec maternité, combien coûtent : a. les soins curatifs? b. les consultations prénatales? c. les vaccinations?	SOINS CURATIFS.... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CONS. PRENATALES.. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> VACCINATIONS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SI NSP, INSCRIRE "9998" SI SERVICE INEXISTANT, NOTER "9997"																																																																									
C209	Dans ce centre de santé avec maternité, y-a-t-il : a. une auxiliaire de santé? b. une accoucheuse? a. un(e) infirmier(ère)? b. une sage-femme? c. un médecin?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AUXILIAIRE .....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEUSE.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>INFIRMIER(E).....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SAGE-FEMME.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MEDECIN.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	AUXILIAIRE .....1	2	8		ACCOUCHEUSE.....1	2	8		INFIRMIER(E).....1	2	8		SAGE-FEMME.....1	2	8		MEDECIN.....1	2	8																																																		
	OUI	NON	NSP																																																																								
AUXILIAIRE .....1	2	8																																																																									
ACCOUCHEUSE.....1	2	8																																																																									
INFIRMIER(E).....1	2	8																																																																									
SAGE-FEMME.....1	2	8																																																																									
MEDECIN.....1	2	8																																																																									
C210	Au total, combien y-a-t-il de centres de santé avec maternité dans un rayon de 15 KM?  Et de 30 kms?	NBRE. CENTRES SANTE AVEC MAT. DANS RAYON DE 15 KM.... <input type="text"/> <input type="text"/>  NBRE. CENTRES SANTE AVEC MAT. DANS RAYON DE 30 KM.... <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																									

D. HOPITAL

No.	QUESTIONS	CODES	PASSER A																																																																								
D201	NOM DE L'HOPITAL (A COPIER DE LA SECTION 2. PAGE DE COUVERTURE). SI PAS D'HOPITAL, PASSER A 214.	HOPITAL NOM: _____																																																																									
D203	A quelle distance d'ici (en kms) se trouve-t-il? (NOTEZ "00" SI MOINS D'1 KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS. NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95").	KILOMETRES..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																									
D204	Quel est le moyen de transport le plus fréquemment utilisé pour se rendre à l'hôpital?	VOITURE/BUS/CAMION.....01 MOBYLETTE.....02 BICYCLETTE.....03 PIROGUE.....04 DOS D'ANIMAL/CHARRETTE.....05 A PIED.....06 AUTRE.....96 (PRECISER)																																																																									
D205	Combien de temps mettez-vous pour vous rendre à (HOPITAL) en utilisant le moyen de transport le plus fréquent?	HEURES..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																									
D206	Cet hôpital dispense-t-il: a. des médicaments essentiels? b. des soins curatifs? c. des consultations gynécologiques? d. des soins prénatals? e. des accouchements? f. des soins post-natals? g. des vaccinations pour enfants? h. de la chirurgie? i. des césariennes? j. des conseils pour l'alimentation des enfants? k. le suivi de l'état nutritionnel des jeunes enfants? l. soins pour récupération nutritionnelle intensive? m. la promotion de l'allaitement maternel exclusif? n. de l'éducation pour la santé? o. des conseils d'hygiène et assainissement? p. des examens complémentaires (radio/labo/analyse) q. a-t-il un service de planification familiale?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MEDICAMENTS ESSENT.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOINS CURATIFS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GYNECOLOGIE.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOINS PRENATALS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENT.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOINS POST-NATALS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VACCINS ENFANTS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CHIRURGIE.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CESARIENNE.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONSEIL ALIMENTATION.1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUIVI NUTRITIONNEL...1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>RECUP.NUTRI. INTENS..1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALLAITEMENT MATERNEL.1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>EDUCATION/SANTE.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HYGIENE/ASSAINIS....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>EXAMEN COMPLEMENT...1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PLANNING FAMILIAL...1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	MEDICAMENTS ESSENT.....1	2	8		SOINS CURATIFS.....1	2	8		GYNECOLOGIE.....1	2	8		SOINS PRENATALS.....1	2	8		ACCOUCHEMENT.....1	2	8		SOINS POST-NATALS.....1	2	8		VACCINS ENFANTS.....1	2	8		CHIRURGIE.....1	2	8		CESARIENNE.....1	2	8		CONSEIL ALIMENTATION.1	2	8		SUIVI NUTRITIONNEL...1	2	8		RECUP.NUTRI. INTENS..1	2	8		ALLAITEMENT MATERNEL.1	2	8		EDUCATION/SANTE.....1	2	8		HYGIENE/ASSAINIS....1	2	8		EXAMEN COMPLEMENT...1	2	8		PLANNING FAMILIAL...1	2	8		
	OUI	NON	NSP																																																																								
MEDICAMENTS ESSENT.....1	2	8																																																																									
SOINS CURATIFS.....1	2	8																																																																									
GYNECOLOGIE.....1	2	8																																																																									
SOINS PRENATALS.....1	2	8																																																																									
ACCOUCHEMENT.....1	2	8																																																																									
SOINS POST-NATALS.....1	2	8																																																																									
VACCINS ENFANTS.....1	2	8																																																																									
CHIRURGIE.....1	2	8																																																																									
CESARIENNE.....1	2	8																																																																									
CONSEIL ALIMENTATION.1	2	8																																																																									
SUIVI NUTRITIONNEL...1	2	8																																																																									
RECUP.NUTRI. INTENS..1	2	8																																																																									
ALLAITEMENT MATERNEL.1	2	8																																																																									
EDUCATION/SANTE.....1	2	8																																																																									
HYGIENE/ASSAINIS....1	2	8																																																																									
EXAMEN COMPLEMENT...1	2	8																																																																									
PLANNING FAMILIAL...1	2	8																																																																									
D207	VERIFIER D206 : SI OUI A : SOINS CURATIFS ET/OU CONSULT. <input type="checkbox"/> PRENATALES ET/OU VACCINATION <input type="checkbox"/>	SI OUI A AUCUN DE CES TROIS SERVICES <input type="checkbox"/>	D209																																																																								
D208	Dans cet hôpital combien coûtent: a. les soins curatifs? b. les consultations prénatales? c. les vaccinations?	SOINS CURATIFS.... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CONS. PRENATALES.. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> VACCINATIONS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SI NSP, INSCRIRE "9998" SI SERVICE INEXISTANT, NOTER "9997"																																																																									
D209	Dans cet hôpital, y-a-t-il : a. une auxiliaire de santé? b. une accoucheuse? a. un(e) infirmier(ère)? b. une sage-femme? c. un médecin?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AUXILIAIRE .....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEUSE.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>INFIRMIER(E).....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SAGE-FEMME.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MEDECIN.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	AUXILIAIRE .....1	2	8		ACCOUCHEUSE.....1	2	8		INFIRMIER(E).....1	2	8		SAGE-FEMME.....1	2	8		MEDECIN.....1	2	8																																																		
	OUI	NON	NSP																																																																								
AUXILIAIRE .....1	2	8																																																																									
ACCOUCHEUSE.....1	2	8																																																																									
INFIRMIER(E).....1	2	8																																																																									
SAGE-FEMME.....1	2	8																																																																									
MEDECIN.....1	2	8																																																																									
D210	Au total, combien y-a-t-il d'hopitaux dans un rayon de 30 kms?	NBRE. D'HOPITAUX DANS RAYON DE 30 KM..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																									

No.	QUESTIONS	CODES	PASSEZ A
211	<p>Quand les enfants de moins de 5 ans de (LOCALITE) ont le paludisme, sont-ils envoyés quelque part pour être soignés?</p> <p>SI OUI : Où sont-ils envoyés en priorité ?</p>	HOPITAL.....01 CENTRE DE SANTE AVEC MATERNITE...02 CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU.....03 MEDECIN PRIVE.....04 PHARMACIE.....05 MARCHE.....06 GUERISSEUR/MARABOUT.....07 NE SONT ENVOYES NULLE PART.....08  AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
212	<p>Quand les enfants de moins de 5 ans de (LOCALITE) ont la diarrhée ou la dysenterie, sont-ils envoyés quelque part pour être soignés ?</p> <p>SI OUI : Où sont-ils envoyés en priorité ?</p>	HOPITAL.....01 CENTRE DE SANTE AVEC MATERNITE...02 CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU.....03 MEDECIN PRIVE.....04 PHARMACIE.....05 MARCHE.....06 GUERISSEUR/MARABOUT.....07 NE SONT ENVOYES NULLE PART.....08  AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
213	<p>Quand les enfants de moins de 5 ans de (LOCALITE) souffrent de malnutrition, sont-ils envoyés quelque part pour être soignés?</p> <p>SI OUI : Où sont-ils envoyés en priorité ?</p>	HOPITAL.....01 CENTRE DE SANTE AVEC MATERNITE...02 CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU.....03 MEDECIN PRIVE.....04 PHARMACIE.....05 MARCHE.....06 GUERISSEUR/MARABOUT.....07 NE SONT ENVOYES NULLE PART.....08  AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
214	<p>Quand les enfants de moins de 5 ans de (LOCALITE) souffrent d'infections respiratoires aiguës (toux, bronchite...) sont-ils envoyés quelque part pour être soignés?</p> <p>SI OUI : Où sont-ils envoyés en priorité ?</p>	HOPITAL.....01 CENTRE DE SANTE AVEC MATERNITE...02 CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU.....03 MEDECIN PRIVE.....04 PHARMACIE.....05 MARCHE.....06 GUERISSEUR/MARABOUT.....07 NE SONT ENVOYES NULLE PART.....08  AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
215	<p>Quel est le service de santé le plus proche où il est possible de :</p>		
	a. se procurer des médicaments essentiels?	HOPITAL.....01 CENTRE DE SANTE AVEC MATERN.....02 CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU.....03 PHARMACIE.....04 AGENT DE SANTE.....05 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	
	b. se procurer des soins curatifs?	HOPITAL.....01 CENTRE DE SANTE AVEC MATERN.....02 CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU.....03 AGENT DE SANTE.....05 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	
	c. d'avoir une consultation de gynécologie?	HOPITAL.....01 CENTRE DE SANTE AVEC MATERN.....02 CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU.....03 AGENT DE SANTE.....05 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	

215 Quel est le service de santé le plus proche où il est possible de :  
(suite)

d. d'avoir des consultations prenatales?	HOPITAL.....01 CENTRE DE SANTE AVEC MATERN.....02 CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU.....03 AGENT DE SANTE.....05 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98
e. d'accoucher ?	HOPITAL.....01 CENTRE DE SANTE AVEC MATERN.....02 CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU.....03 AGENT DE SANTE.....05 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98
f. d'avoir des consultations postnatales?	HOPITAL.....01 CENTRE DE SANTE AVEC MATERN.....02 CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU.....03 AGENT DE SANTE.....05 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98
g. d'avoir des vaccinations pour enfants?	HOPITAL.....01 CENTRE DE SANTE AVEC MATERN.....02 CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU.....03 AGENT DE SANTE.....05 EQUIPE MOBILE.....06 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98
h. d'avoir une opération chirurgicale?	HOPITAL.....01 CENTRE DE SANTE AVEC MATERN.....02 CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU.....03 PHARMACIE.....04 AGENT DE SANTE.....05 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98
i. d'avoir une césarienne?	HOPITAL.....01 CENTRE DE SANTE AVEC MATERN.....02 CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU.....03 AGENT DE SANTE.....05 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98
j. d'avoir des conseils pour l'alimentation des enfants?	HOPITAL.....01 CENTRE DE SANTE AVEC MATERN.....02 CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU.....03 AGENT DE SANTE.....05 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98
k. de faire le suivi nutritionnel des enfants?	HOPITAL.....01 CENTRE DE SANTE AVEC MATERN.....02 CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU.....03 AGENT DE SANTE.....05 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98

215	Quel est le service de santé le plus proche où il est possible de : (suite)	
l. d'avoir des soins pour la récupération nutritionnelle des enfants?	HOPITAL .....01 CENTRE DE SANTE AVEC MATERN.....02 CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU.....03 AGENT DE SANTE.....05 AUTRE .....96 (PRECISER) NSP.....98	
m. d'avoir des informations sur l'allaitement maternel exclusif?	HOPITAL .....01 CENTRE DE SANTE AVEC MATERN.....02 CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU.....03 AGENT DE SANTE.....05 AUTRE .....96 (PRECISER) NSP.....98	
n. d'avoir de l'éducation pour la santé?	HOPITAL .....01 CENTRE DE SANTE AVEC MATERN.....02 CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU.....03 AGENT DE SANTE.....05 AUTRE .....96 (PRECISER) NSP.....98	
o. d'avoir des conseils d'hygiène et d'assainissement?	HOPITAL .....01 CENTRE DE SANTE AVEC MATERN.....02 CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU.....03 AGENT DE SANTE.....05 AUTRE .....96 (PRECISER) NSP.....98	
p. de faire des analyses complémentaires (radio/laboratoire/analyse de sang)?	HOPITAL .....01 CENTRE DE SANTE AVEC MATERN.....02 CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU.....03 AGENT DE SANTE.....05 AUTRE .....96 (PRECISER) NSP.....98	
q. de trouver un service de planification familiale?	HOPITAL .....01 CENTRE DE SANTE AVEC MATERN.....02 CENTRE DE SANTE 1ER NIVEAU.....03 AGENT DE SANTE.....05 AUTRE .....96 (PRECISER) NSP.....98	

INFORMATEURS DE LA GRAPPE	
NOM	POSITION/TITRE/EMPLOI
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
218.	NOMBRE TOTAL D'INFORMATEURS DANS LA GRAPPE..... <input type="text"/> <input type="text"/>

2-9

219. NOMBRE TOTAL DE MENAGES RESIDANT DANS LA GRAPPE (ne pas remplir)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

FIN DE L'INTERVIEW DE LA GRAPPE.