

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 F6

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX FORMATIONS SANITAIRES
F6 : ENTREVUE EN SORTIE DE CONSULTATION - ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

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 |
|-------------|------|------|-------|
| | | | |

RÉSULTAT DE L'ENTREVUE :

Heure de début: / H / MN

Heure de fin: / H / MN

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

LANGUES UTILISÉES (noter au plus 2 langues, si vous avez utiliser plus de 2, mentionnez les 2 que vous avez le plus utilisé)

| | | | |
|-----------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|
| ... PAR L'ENQUÊTEUR ? | <input type="text"/> | ... PAR LA PERSONNE INTERROGÉE ? | <input type="text"/> |
| Français | 01 | | |
| Anglais | 02 | | |
| Pidgin | 03 | | |
| Moungo-Ewondo | 04 | | |
| Autres à préciser | 97 | | |

| | |
|----------------------|----------------------|
| TRADUCTEUR UTILISÉ ? | <input type="text"/> |
| JAMAIS | 1 |
| PARFOIS | 2 |
| TOUJOURS | 3 |

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ, A 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 entretiens, 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

CONTROLEUR

| | | | |
|-------|----------------------|--------|----------------------|
| NOM : | <input type="text"/> | CODE : | <input type="text"/> |
| | | | |

OPÉRATEUR DE SAISIE DE DONNÉES

| | | | |
|-------|----------------------|--------|----------------------|
| NOM : | <input type="text"/> | CODE : | <input type="text"/> |
| | | | |

| (1) | Identification | NOTER LES RÉPONSES |
|--------|---|---|
| | (1,01) à (1,04) concerne le principal personnel qui a pris soin de l'enfant. | |
| (1,01) | SAISIR LE NUMÉRO DE SUIVI DE L'AGENT DE SANTÉ. | DE LA LISTE DU PERSONNEL DANS LA FICHE F1 |
| (1,02) | Nom de l'Agent de santé | |
| (1,03) | Sexe de l'Agent de santé | HOMME 01 |
| | | FEMME 02 |
| (1,04) | Statut en tant qu'agent de santé tel que définit par le Ministère de la santé ? | Médecin 1 |
| | | Infirmier Principal 2 |
| | | Technicien Supérieur en Soins 3 |
| | | Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) 4 |
| | | IDE Anesthésiste 5 |
| | | IDE Accoucheur (SR) 6 |
| | | IDE Puériculture 7 |
| | | IDE Ophtalmologie 8 |
| | | TMS 9 |
| | | TMS option Laboratoire 10 |
| | | TMS option Odontostomatologie 11 |
| | | TMS option ORL 12 |
| | | Commis de pharmacie/TMS option 13 |
| | | ATMS 14 |
| | | Technicien de Maintenance 15 |
| | | Technicien de Génie Sanitaire 16 |
| | | Infirmier Breveté 17 |
| | | Infirmier Breveté Accoucheur 18 |
| | | Techniciens Adjoints de 19 |
| | | Aides-Soignants 20 |
| | | Autres , préciser 97 |
| | | |

| | | | | |
|---|--|--|----|--------|
| (1,05) | Quel est le type de centre ? | Hôpital de district | 1 | |
| | | Centre Médical d'Arrondissement | 2 | |
| | | Centre de Santé Intégrée | 3 | |
| | | FOSA privée confessionnelle assimilée à un Hôpital de district | 4 | |
| | | FOSA privée confessionnelle assimilée à un Centre Médical d'Arrondissement | 5 | |
| | | FOSA privée confessionnelle assimilée à un Centre de Santé Intégrée | 6 | |
| | | Formation sanitaire privée à but lucratif | 7 | |
| | | Autre, préciser : | 97 | |
| POSER LES QUESTIONS SUIVANTES À LA PERSONNES QUI PREND SOIN DU PATIENT. | | | | |
| (1,06) | Est-ce la première fois d'amener l'enfant dans ce centre ? | OUI | 01 | |
| | | NON | 02 | |
| (1,07) | Quel est le sexe de l'enfant ? | HOMME | 01 | |
| | | FEMME | 02 | |
| (1,08) | Quel est l'âge de l'enfant ? NOTER LE NOMBRE D'ANNÉES RÉVOLUES <u>ET</u> LES MOIS. SI L'ENFANT EST ÂGÉ DE PLUS DE 4 ANS ET 11 MOIS, ARRÊTER L'OBSERVATION ET PASSER À L'ENFANT ÉCHANTILLON SUIVANT. | a. ANNÉES (RÉVOLUES La plage est de 1 à 4) | | |
| | | b. MOIS (RÉVOLUS. La plage est de 1 à 12) | | |
| (1,09) | Quel est votre lien de parenté avec l'enfant | Mère | 01 | |
| | | Père | 02 | |
| | | Parent de sexe masculin | 03 | |
| | | parent de sexe féminin | 04 | |
| | | Autre, | 97 | |
| | | (Préciser : _____) | | |
| (1,10) | Savez-vous lire et écrire ? | Oui | 01 | |
| | | Non | 02 | |
| (1,11) | Quel est votre niveau d'études? | Aucun | 01 | (1,13) |
| | | Primaire | 02 | |
| | | Secondaire 1er cycle | 03 | |
| | | Secondaire 2ème cycle | 04 | |
| | | Supérieur | 5 | |
| (1,12) | Quelle est la classe la plus élevée achevée dans ce niveau? | | | |
| (1,13) | Quel est votre statut matrimonial ? SI AGE EST SUPERIEUR A 12 ANS | Célibataire | 01 | |
| | | Marié (e) / union libre | 02 | |
| | | Veuf/ve | 03 | |
| | | Divorcé (e)/ séparé(e) | 04 | |

| (2) Traitement et conseil | | NOTER LES RÉPONSES | |
|--|--|--|---|
| INTRODUIRE CETTE SECTION PAR « Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions sur cette visite que vous avez effectuée au centre de santé. » | | | |
| (2,01) | Quel est le but de la visite de l'enfant au centre de santé aujourd'hui ? NOTER « 1 » SI L'OBJECTIF S'APPLIQUE ET « 2 » DANS LE CAS CONTRAIRE | a | Vaccination ► (2,04) |
| | | b | Suivi de la croissance infantile ► (2,04) |
| | | c | Maladie infantile |
| (2,02) | Depuis quand cette maladie a-t-elle commencé ? | Durée en jours, mois ou années (mettre 00 lorsque l'unité n'est pas concernée) | __ J __ M __ A |
| (2,03) | Pour quelles raisons avez-vous conduit l'enfant au centre de santé aujourd'hui ? NE LISEZ PAS CES OPTIONS , NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ OU « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ POUR CHAQUE OPTION. MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2 | a | DIARRHÉE |
| | | b | FIÈVRE |
| | | c | TOUX/DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE |
| | | d | INFECTION CUTANÉE / BLESSURE |
| | | e | AMYGDALITE / ANGINE |
| | | f | OTITE MOYENNE / DOULEUR À L'OREILLE |
| | | g | BLESSURE |
| | | h | Autre, Précisez _____ |
| (2,04) | Etes-vous venu dans ce centre sur votre propre initiative, ou sur la base d'une référence faite par un autre centre, ou selon la référence faite par un agent de santé communautaire ? | Venu directement et personnellement | 01 |
| | | Par un membre de la famille ou une connaissance | 02 |
| | | Recommandé par un agent de santé communautaire dans un autre centre | 03 |
| | | Recommandé par un agent de santé communautaire | 04 |
| (2,05) | Quelqu'un du centre a demandé l'âge de l'enfant ? | OUI | 01 |
| | | NON | 02 |
| (2,06) | Un agent du centre a pesé votre enfant ? | OUI | 01 |
| | | NON | 02 |
| (2,07) | Quelqu'un du centre a mesuré la taille de l'enfant ? | OUI | 01 |
| | | NON | 02 |
| (2,08) | Quelqu'un du centre santé a-t-il comparé le poids ou la taille par rapport au graphique de croissance ? | OUI | 01 |
| | | NON | 02 |
| (2,09) | L'agent de santé a-t-il examiné physiquement l'enfant ? | OUI | 01 |
| | | NON | 02 |
| (2,10) | À cette visite, l'agent de santé vous a-t-il également dit que l'enfant avait un problème ? | OUI | 01 |
| | | NON | 02 ► (2,25) |
| (2,11) | L'enfant avait quel problème selon l'agent de santé ? NE LISEZ PAS CES OPTIONS, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ OU « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ POUR CHAQUE OPTION. MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2 | a | PALUDISME |
| | | b | FIÈVRE |
| | | c | ROUGEOLE |
| | | d | DÉSHYDRATATION |
| | | e | INFECTION VIRALE/GRIPPE |
| | | f | DIARRHÉE |
| | | g | DYSENTERIE/DIARRHÉE SANGLANTE |
| | | h | RHUME/INFECTION DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES |
| | | i | PNEUMONIE |
| | | j | MALNUTRITION |
| | | k | INFECTIONS PARASITAIRES |
| | | l | POUSSEE DENTAIRE |
| | | m | INFECTION CUTANÉE |
| | | n | AUTRE, PRÉCISEZ _____ |
| (2,12) | L'agent de santé vous a-t-il dit ce qu'il faut faire à la maison pour traiter les maladies infantiles ? | OUI | 01 |
| | | NON | 02 ► (2,14) |

| | | | | | |
|--------|--|-----------------|---|----------|--|
| (2,13) | Qu'est-ce que l'agent de santé vous a dit de faire ? NE LISEZ PAS CES OPTIONS, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ OU « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ POUR CHAQUE OPTION. MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2 | a | DONNER PLUS DE BOISSONS | | |
| | | b | CONTINUER OU AUGMENTER L'ALIMENTATION ET/OU L'ALLAITEMENT | | |
| | | c | BAIN TIÈDE POUR LA FIÈVRE | | |
| | | d | GARDER LE BÉBÉ AU CHAUD | | |
| | | e | ÉVITER DE PRENDRE DES MÉDICAMENTS AUTRES QUE CEUX PRESCRITS AUJOURD'HUI | | |
| | | f | AUTRE, PRÉCISEZ | | |
| (2,14) | L'agent de santé vous a-t-il demandé de ramener l'enfant si sa situation s'empire ? | OUI 01 | | | |
| | | NON 02 ► (2,16) | | | |
| (2,15) | À partir des conseils que vous a donné l'agent de santé, comment saurez-vous si la situation de l'enfant s'empire et si vous devez le ramener au centre ? NE LISEZ PAS CES OPTIONS, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ OU « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ POUR CHAQUE OPTION. MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2 | a | la fièvre persiste | | |
| | | b | L'enfant est incapable de boire ou ne boit pas normalement | | |
| | | c | Etourdissement | | |
| | | d | La diarrhée persiste | | |
| | | e | Le sang apparaît dans les selles | | |
| | | f | Respiration rapide ou difficile | | |
| | | g | la maladie s'aggrave | | |
| | | h | de nouveaux symptômes apparaissent | | |
| | | i | Autre, Précisez _____ | | |
| | | | | | |
| (2,16) | L'enfant a-t-il reçu un traitement ou une prescription aujourd'hui du centre de santé ? MENTIONNÉ....1 NON MENTIONNÉ.....2 | a. | A reçu des médicaments au centre de santé | | |
| | | b. | A reçu une prescription à acheter dans le centre | | |
| | | c. | A reçu une prescription à remplir hors du centre de santé | | |
| | | d. | N'a reçu ni médicaments ni prescription au centre de santé | ► (2,23) | |
| (2,17) | Au total, combien de médicaments étaient administrés ou prescrits à l'enfant ? | | | | |


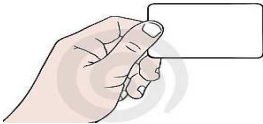


| | | | |
|--------|---|--|----------|
| (2,18) | Quels médicaments étaient prescrits ? ENQUETEURS, VERIFIEZ ET RELEVEZ LES MEDICAMENTS PRESCRITS | 1 | |
| | | 2 | |
| | | 3 | |
| | | 4 | |
| | | 5 | |
| (2,19) | Quels médicaments étaient administrés ? ENQUETEURS CONTRÔLEZ ET RELEVEZ LES MÉDICAMENTS MENTIONNÉS SUR L'ORDONNANCE POUR CONFIRMATION | 1 | |
| | | 2 | |
| | | 3 | |
| | | 4 | |
| | | 5 | |
| (2,20) | Combien de temps vous faut-il pour aller de ce centre de santé à la pharmacie où vous achetez les médicaments prescrits, à l'aide de votre moyen de déplacement ? (Aller simple). NOTER 0 SI LA PHARMACIE EST DANS LE CENTRE) | Minutes | |
| (2,21) | Quel est votre principal mode de transport pour évaluer cette durée (aller simple) | À pieds | 1 |
| | | Vélo | 2 |
| | | Animal | 3 |
| | | Voiture personnelle | 4 |
| | | Moto personnelle | 5 |
| | | Transports en commun (bus, car, taxi, moto-taxi) | 6 |
| | | Autre (Préciser : _____) | 97 |
| (2,22) | L'agent de santé vous a-t-il bien expliqué la posologie ? | OUI 01 | |
| | | NON 02 | |
| (2,23) | L'agent de santé vous a-t-il parlé des éventuels effets secondaires du médicament prescrit/administré ? | OUI 01 | |
| | | NON 02 | |
| (2,24) | L'agent de santé vous a-t-il donné une date précise à laquelle vous devez ramener l'enfant au centre de santé pour une visite de suivi ? | OUI 01 | |
| | | NON 02 | |
| (2,25) | La carte de vaccination de l'enfant est-elle disponible ? | OUI 01 | |
| | | NON 02 | ► (2,27) |

| (2,26) | VÉRIFIER LES VACCINS DE L'ENFANT | | | |
|--------|--|------------|--------------|----------|
| | NOTER « 1 » POUR REÇU ET « 2 » POUR NON REÇU. | REÇU | NON REÇU | |
| A | BCG | 01 | 02 | |
| B | OPV0 | 01 | 02 | |
| C | OPV1 | 01 | 02 | |
| D | DTC1-HepB1-Hib1 | 01 | 02 | |
| E | Pneumo- 1 | 01 | 02 | |
| F | OPV2 | 01 | 02 | |
| G | DTC2-HepB2-Hib2 | 01 | 02 | |
| H | Pneumo-2 | 01 | 02 | |
| I | OPV3 | 01 | 02 | |
| J | DTC3-HepB3-Hib3 | 01 | 02 | |
| K | Pneumo- 3 | 01 | 02 | |
| L | ROUGEOLE | 01 | 02 | |
| M | FIEVRE JAUNE | 01 | 02 | |
| N | VITAMINE A 1 | 01 | 02 | |
| O | VITAMINE A 2 | 01 | 02 | |
| (2,27) | Votre enfant a-t-il reçu un vaccin aujourd'hui ? | OUI NON | 01 02 | |
| (2,28) | Le récent vaccin que votre enfant a reçu (que ce soit aujourd'hui ou une autre fois par le passé) est- (était-) il le dernier vaccin ? | OUI NON | 01 02 | ► (2,30) |
| (2,29) | Date de retour pour le vaccin suivant | a | JJ | |
| | | b | MM | |
| | | c | AAAA | |
| 2,30) | L'agent de santé vous a-t-il demandé de ramener l'enfant pour recevoir un vaccin un autre jour ? | OUI NON | 01 02 | ► (3,01) |
| 2,31) | Quand l'agent de santé vous a-t-il demandé de ramener l'enfant ? | a | MOIS (MM) | |
| | | b | ANNÉE (AAAA) | |

| (3) | Transport et dépense du patient | | NOTER LES RÉPONSES |
|--------|---|---|--------------------|
| (3,01) | À quelle distance (en kilomètres) se situe votre maison de ce centre ? | Kilomètres | |
| (3,02) | Combien de temps vous a-t-il fallu (au patient) pour arriver à ce centre de santé partant de la maison ? (aller simple) | a. Minutes | |
| (3,03) | Quel était votre principal mode de transport aujourd'hui ? (aller simple) | <div>À pieds 01</div> <div>Vélo 02</div> <div>Animal 03</div> <div>Voiture personnelle 04</div> <div>Moto personnelle 05</div> <div>Transports en commun 06</div> <div>Autre, précisez _____ 97</div> | |
| (3,04) | Combien le déplacement pour le centre de santé vous a coûté (au patient) en CFA ? (Aller simple). | (FCFA) | |
| (3,05) | Pendant combien de temps (en minutes) avez-vous/le patient a-t-il attendu dans le centre avant de consulter le personnel de santé ? | a. Minutes | |
| (3,06) | Pensez-vous que la durée d'attente était trop longue ? | <div>OUI 01</div> <div>NON 02</div> | |
| (3,07) | Pendant combien de temps (en minutes) avez-vous/le patient a-t-il passé avec le médecin ou l'infirmier pendant la consultation ? | a. Minutes | |
| (3,08) | Pensez-vous que la durée d'attente était trop longue ? | <div>OUI 01</div> <div>NON 02</div> | |
| (3,09) | Avez-vous payé des frais de consultation aujourd'hui? | <div>OUI 01</div> <div>NON 02 ► (3,11)</div> | |
| (3,10) | Combien avez-vous payé pour cela en monnaie locale CFA? | (FCFA) | |
| (3,11) | A part les frais de consultation, l'agent de santé/ médecin vous a-t-il demandé de l'argent additionnel aujourd'hui? | <div>OUI 01</div> <div>NON 02 ► (3,13)</div> | |
| (3,12) | Combien avez-vous donné pour cela en monnaie locale CFA? | FCFA | |
| (3,13) | Avez-vous fait un examen de laboratoire aujourd'hui ? | <div>OUI 01</div> <div>NON 02 ► (3,15)</div> | |
| (3,14) | Combien avez-vous payé pour cela en monnaie locale CFA? | (FCFA) | |
| (3,15) | Avez-vous effectué une radiographie aujourd'hui? | <div>OUI 01</div> <div>NON 02 ► (3,17)</div> | |
| (3,16) | Combien avez-vous payé pour cela en monnaie locale CFA? | (FCFA) | |
| (3,17) | Avez-vous reçu des médicaments de la pharmacie dans le centre de santé aujourd'hui? | <div>OUI 01</div> <div>NON 02 ► (3,19)</div> | |
| (3,18) | Combien avez-vous payé pour cela en monnaie locale CFA? | (FCFA) | |
| (3,19) | Combien avez-vous dépensé au total en CFA dans le centre pour cette visite, sans compter les frais de transport ? (ENQUÊTEUR : VÉRIFIER SI LE TOTAL CORRESPOND AUX MONTANTS DONNÉS) SI RIEN N'A ÉTÉ PAYÉ. Passez à la section 4 | (FCFA) | |

| | | | |
|--------|---|---|--|
| (3,20) | <p>D'où provient l'argent utilisé pour payer les soins de santé aujourd'hui ?</p> <p>NE LISEZ PAS LES OPTIONS. POUR CHAQUE OPTION, ENREGISTRER « 1 » SI ELLE EST MENTIONNÉE.....1</p> <p>NON MENTIONNÉE 2</p> | <p>a. Épargne ou budget régulier du ménage</p> <p>b. Assurance maladie</p> <p>c. Vente des biens du ménage</p> <p>d. Hypothèque ou vente de terrain</p> <p>e. D'un ami ou d'une connaissance</p> <p>f. Emprunté à quelqu'un d'autre qu'un ami ou un membre de la famille</p> <p>g. Autre, précisez</p> | |
| (3,21) | <p>L'enfant est-il couvert par un régime d'assurance maladie ?</p> | <p>OUI 01</p> <p>NON 02 ► (4,01)</p> | |
| (3,22) | <p>Quel type d'assurance maladie?</p> | <p>Publique 01</p> <p>Privée 02</p> <p>Mutuelle de santé 03</p> <p>Plus d'un type 04</p> | |
| (3,23) | <p>Au cours des 12 derniers mois, le ménage a payé combien de mois d'assurance pour le régime d'assurance maladie ?</p> | <p>(MOIS)</p> | |
| (3,24) | <p>Lesquels des services ci-après sont-ils couverts par ce régime d'assurance-maladie ?</p> <p>LIRE TOUT À HAUTE VOIX</p> <p>OUI 1</p> <p>NON.....2</p> | <p>a. Visites de routine d'un bébé normal (y compris la vaccination)</p> <p>b. Soins aux enfants malades</p> <p>c. Autres soins ambulatoires</p> <p>d. Les soins prénataux pour les femmes enceintes</p> <p>e. Soins d'accouchement pour femmes enceintes</p> <p>f. Soins post-partum pour femmes et nouveau-nés</p> <p>g. Hospitalisations et soins aux patients hospitalisés</p> <p>h. Autre (Préciser)</p> | |
| (3,25) | <p>Le ménage doit-il payer les services suivants afin de bénéficier des avantages liés à l'assurance ? (LIRE TOUT À HAUTE VOIX)</p> <p>OUI 1</p> <p>NON.....2</p> | <p>a. Prime</p> <p>b. Frais fixe de visite au centre de santé</p> <p>c. Co-assurance</p> <p>d. Co-paiement</p> | |

| (4) | Satisfaction du patient | NOTER LES RÉPONSES |
|--------|---|--|
| (4,01) | Quelle est la principale raison qui vous a poussé à choisir ce centre de santé et non un autre ? NE LISEZ PAS LES CHOIX, UNE SEULE RÉPONSE EST AUTORISÉE | Emplacement proche du domicile 01 |
| | | Bas prix 02 |
| | | Confiance aux soignants / bonne qualité des soins 03 |
| | | Disponibilité des médicaments 04 |
| | | Disponibilité des femmes agents de santé 05 |
| | | Référence par une autre centre de santé 06 |
| | | Recommandation de la famille/ ami 07 |
| | | c'est mon lieu d'accouchement 08 |
| | | Nature de la maladie 09 |
| | | Autre: 97 |
| | | Préciser _____ |
| (4,02) | Quelle était l'autre raison la plus importante qui vous a poussé à choisir ce centre de santé aujourd'hui et non un autre ? NE LISEZ PAS LES CHOIX, UNE SEULE RÉPONSE EST AUTORISÉE | Emplacement proche du domicile 01 |
| | | Bas prix 02 |
| | | Confiance aux soignants / bonne 03 |
| | | Disponibilité des médicaments 04 |
| | | Disponibilité des femmes agents de santé 05 |
| | | Référence par une autre centre de santé 06 |
| | | Recommandation de la famille/ ami 07 |
| | | Nature de la maladie 08 |
| | | c'est mon lieu d'accouchement |
| | | Autre: 97 |
| | | Préciser _____ |

| (4) Satisfaction du patient (suite) | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 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 | ENREGISTRER 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 RÉPONSE D'accord – 1, Ni en accord ni en désaccord – 2, Désaccord – 3, 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 l'état de santé de l'enfant? | | |
| | (4,07) | Il est facile d'obtenir les médicaments prescrits par les agents de santé. | | |
| | (4,08) | Les frais de consultation 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 de cadeau 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 | | | |
| | 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 VOUS PRÉSENTER ET DEMANDER À CHOSIR LA CARTE</p>  <p>CODE DE RÉPONSE D'accord – 1, Ni en accord ni en désaccord – 2, 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) | Les agents de santé dans ce centre sont extrêmement consciencieux et prudents. | | |
| | (5,03) | Vous faites confiance aux compétences et capacités des personnels de santé de ce centre. | | |
| | (5,04) | Vous faites totalement confiance aux décisions du personnel de santé concernant le traitement médical dans ce centre. | | |
| | (5,05) | Les agents de santé dans ce centre sont très amicaux et ouverts | | |
| | (5,06) | Les personnels de santé dans ce centre sont faciles à aborder. | | |
| | (5,07) | Les soignants dans ce centre de santé s'occupent de votre santé du moins autant que vous, sinon plus. | | |
| | (5,08) | Le personnel de santé de ce centre agit différemment à l'égard des riches et des pauvres. | | |
| | (5,09) | Somme toute, vous faites totalement confiance au personnel de santé dans ce centre. | | |

| (6) | Questions relatives au ménage | NOTER LES RÉPONSES |
|--------|--|--|
| (6,01) | La famille de l'enfant possède -t-elle un terrain ou une maison? | Oui 01 |
| | | Non 02 |
| (6,02) | Combien de pièces compte la maison où vous vivez ? (Y compris les pièces hors de l'habitation, sauf les cuisines et les salles 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 |
| | | a. 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) | Avez-vous eu recours à un Agent de santé communauté au cours du dernier mois, 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 ► (7,05) | | |
| (7,04) | Quels services l'ASC vous a-t-il offert ? <i>NE LISEZ PAS LES OPTIONS. POUR CHAQUE OPTION, ENREGISTRER « 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 : _____) | | | |
| (7,05) | Je vais vous lire deux déclarations en rapport au travail effectué par les Agents de santé communautaire. Veuillez dire si vous êtes d'accord ou pas avec chaque déclaration. | | | | |
| | | D'accord | Ni en accord ni en désaccord | En désaccord | NOTER LES RÉPONSES |
| a | Les Agents de santé communautaire rendent des services valables dans ma communauté. | 01 | 02 | 03 | |
| b | L'Agent de santé communautaire offrent les services de bonne qualité dans ma communauté | 01 | 02 | 03 | |

MERCI POUR VOTRE DISPONIBILITE