



Evaluation d'impact du Financement de la Santé Basé sur les Résultats

RWANDA

FOLLOW-UP SURVEY 2013

Questionnaire établissement de santé

CODE DE L'AGENT DE SANTE (A PARTIR DU ROSTER DU CENTRE DE SANTE)

F2 - Questionnaire individuel agent de santé-Consultation curative des enfants de moins de 5 ans

NOM PROVINCE	CODE PROVINCE	NOM DISTRICT	CODE DISTRICT	NOM SECTEUR	CODE SECTEUR

NOM DU CENTRE DE SANTE	TELEPHONE DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

RÉSULTAT DE L'ENTRETIEN	ENTRETIEN RÉALISÉ	01
	ENTRETIEN PARTIELLEMENT RÉALISÉ	02
	ENTRETIEN REFUSÉ PAR LE RESPONSABLE	03
	RESPONSABLE ABSENT (PERSONNEL PRÉSENT NON HABILITÉ À RÉPONDRE)	04
	ÉTABLISSEMENT VIDE (AUCUN PERSONNEL PRÉSENT)	05
	ÉTABLISSEMENT INTROUVABLE	06
	AUTRE, PRÉCISER :	96

NOM D'ENQUÊTEUR	CODE	VISITE 1	JOUR	MOIS	ANNÉE
		VISITE 2	JOUR	MOIS	ANNÉE
		VISITE 3	JOUR	MOIS	ANNÉE

LANGUE	
KINYARWANDA	01
FRANCAIS	02
ANGLAIS	03
AUTRE, PRÉCISER 96	

ENQUÊTEUR	RÉPONSES	Interprète utilisé ?	JAMAIS	01
			PARFOIS	02
			TOUT LE TEMPS	03

INTERVIEW A COMMENCE A:

INTERVIEW EST TERMINEE A:

NOM DU SUPERVISEUR	CODE

JOUR	MOIS	ANNÉE

NOM DE L'OPÉRATEUR DE SAISIE	CODE

JOUR	MOIS	ANNÉE

(1)	Informations générales		NOTER LA RÉPONSE
(1.01)	Pourriez-vous m'indiquer votre nom ?		
(1.02)	ENQUÊTEUR : NOTER LE CODE D'IDENTIFICATION DE L'AGENT DE SANTÉ FIGURANT DANS LA LISTE DU PERSONNEL (SECTION 3 DE LA QUESTIONNAIRE ESTABLISSEMENT DE SANTE)		
(1.03)	SEXE	HOMMES 01	
		FEMMES 02	
(1.04)	Quel âge avez-vous ?	ANNÉES	
(1.05)	Quelle est votre statut marital ?	Célibataire 01 ► (1.07)	
		Marié(e)/vie maritale 02	
		Veuf/veuve 03 ► (1.07)	
		Divorcé(e)/séparé(e) 04 ► (1.07)	
(1.06)	Vivez-vous avec votre conjoint ?	OUI 1	
		NON 2	
(1.07)	Avez-vous des enfants ?	OUI 1	
		NON 2 ► (1.09)	
(1.08)	Combien d'enfants scolarisés vivent avec vous ?		
(1.09)	Êtes vous né(e) dans ce district ?	OUI 1	
		NON 2	
(1.10)	Qui est votre employeur ?	Gouvernement central 01	
		Établissement de santé 02	
		Organisation non gouvernementale (ONG) 03	
		Armée 04	
		Organisme confessionnel 05	
		Travailleur indépendant 06	
		Communauté locale 07	
		Autre, spécifier: 96	
(1.11)	Quel type de contrat de travail avez-vous avec votre employeur ?	Contrat à durée indéterminée, ouvrant droit à pension 01	
		Contrat à durée déterminée de courte durée (< 6 mois) 02	
		Contrat à durée déterminée de longue durée (≥ 6 mois) 03	
		Pas de contrat 04	
		Bénévole 05	
		Autre, spécifier: 96	

(1)	Informations générales	NOTER LA RÉPONSE																							
(1.12)	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez complété, et combien d'années d'études (ou de classes) avez-vous complétées au sein de ce niveau ?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="802 253 1310 282">Crèche</td> <td data-bbox="1310 253 1438 282">01</td> </tr> <tr> <td data-bbox="802 298 1310 328">Maternelle</td> <td data-bbox="1310 298 1438 328">02</td> </tr> <tr> <td data-bbox="802 344 1310 373">Primaire</td> <td data-bbox="1310 344 1438 373">03</td> </tr> <tr> <td data-bbox="802 389 1310 418">Secondaire</td> <td data-bbox="1310 389 1438 418">04</td> </tr> <tr> <td data-bbox="802 435 1310 464">Classe préparatoire</td> <td data-bbox="1310 435 1438 464">05</td> </tr> <tr> <td data-bbox="802 480 1310 509">Premier cycle supérieur</td> <td data-bbox="1310 480 1438 509">06</td> </tr> <tr> <td data-bbox="802 526 1310 555">Deuxième cycle supérieur</td> <td data-bbox="1310 526 1438 555">07</td> </tr> <tr> <td data-bbox="802 571 1310 600">Troisième cycle supérieur</td> <td data-bbox="1310 571 1438 600">08</td> </tr> <tr> <td data-bbox="802 617 1310 646">Aucun</td> <td data-bbox="1310 617 1438 646">09 ► (1.13)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="802 662 1310 691">Autre, spécifier:</td> <td data-bbox="1310 662 1438 691">96</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="802 708 1438 753">NOMBRE D'ANNÉES ACCOMPLIES DANS CE NIVEAU</td> <td data-bbox="1446 228 1734 764"></td> </tr> </table>	Crèche	01	Maternelle	02	Primaire	03	Secondaire	04	Classe préparatoire	05	Premier cycle supérieur	06	Deuxième cycle supérieur	07	Troisième cycle supérieur	08	Aucun	09 ► (1.13)	Autre, spécifier:	96	NOMBRE D'ANNÉES ACCOMPLIES DANS CE NIVEAU		
Crèche	01																								
Maternelle	02																								
Primaire	03																								
Secondaire	04																								
Classe préparatoire	05																								
Premier cycle supérieur	06																								
Deuxième cycle supérieur	07																								
Troisième cycle supérieur	08																								
Aucun	09 ► (1.13)																								
Autre, spécifier:	96																								
NOMBRE D'ANNÉES ACCOMPLIES DANS CE NIVEAU																									
(1.13)	Quand est-ce que vous avez commence a travailler apres vous avez obtenu votre diplôme le plus élevé ?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="802 789 1310 850">a. ANNÉE</td> <td data-bbox="1310 789 1438 850">AAAA</td> <td data-bbox="1446 764 1734 862"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="802 867 1310 928">b. MOIS (DE 0 À 11)</td> <td data-bbox="1310 867 1438 928">MM</td> <td data-bbox="1446 862 1734 1008"></td> </tr> </table>	a. ANNÉE	AAAA		b. MOIS (DE 0 À 11)	MM																		
a. ANNÉE	AAAA																								
b. MOIS (DE 0 À 11)	MM																								
(1.14)	Quand est-ce que vous avez commence a travailler comme agent de santé dans cet établissement ?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="802 1032 1310 1094">a. ANNÉE</td> <td data-bbox="1310 1032 1438 1094">AAAA</td> <td data-bbox="1446 1008 1734 1130"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="802 1110 1310 1172">b. MOIS (DE 0 À 11)</td> <td data-bbox="1310 1110 1438 1172">MM</td> <td data-bbox="1446 1130 1734 1281"></td> </tr> </table>	a. ANNÉE	AAAA		b. MOIS (DE 0 À 11)	MM																		
a. ANNÉE	AAAA																								
b. MOIS (DE 0 À 11)	MM																								



<b>(2) Formation de personnel</b>					
(2.01)	<p>Pour chacun des sujets que je vais mentionner, j'aimerais savoir à quand remonte la dernière formation en cours d'emploi que vous avez reçue. Ne tenez pas compte de votre formation médicale ou paramédicale initiale. ENQUÊTEUR : LA QUESTION PORTE UNIQUEMENT SUR LES FORMATIONS REÇUES APRÈS L'ACHÈVEMENT DES ÉTUDES. PAR EXEMPLE, UNE FORMATION REÇUE DANS LE CADRE DES ÉTUDES DE MÉDECINE OU DE CHIRURGIE NE DOIT PAS ÊTRE NOTÉE ICI. LIRE À HAUTE VOIX LES SUJETS. POUR CHACUN D'EUX, NOTER "1" SI L'AGENT DE SANTÉ A BÉNÉFICIÉ D'UNE FORMATION IL Y A MOINS D'UN AN, "2" S'IL Y A PLUS D'UN AN, ET "3" SI L'AGENT N'A JAMAIS ÉTÉ FORMÉ SUR CE SUJET APRÈS SES ÉTUDES. NOTER "1" OU "2" POUR TOUT SUJET "AUTRE", DANS LA LIMITE DE 3 SUJETS, ET PRÉCISER LESQUELS.</p>				
		FORMATION IL Y A MOINS D'1 AN	FORMATION IL Y A PLUS D'1 AN	PAS DE FORMATION	NOTER LA RÉPONSE
a	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)	1	2	3	
b	Paludisme	1	2	3	
c	Diagnostic et traitement de la tuberculose	1	2	3	
d	Santé procréative / planification familiale	1	2	3	
e	Soins prénatals	1	2	3	
f	Travail et accouchement	1	2	3	
g	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence	1	2	3	
h	Soins néonataux	1	2	3	
i	Soins postnatals / post-partum	1	2	3	
j	Allaitement maternel, y compris allaitement écologique	1	2	3	
k	Santé mentale	1	2	3	
l	Nutrition et suivi de la croissance	1	2	3	
m	Conseil et dépistage du VIH/sida	1	2	3	
n	Traitement et suivi du VIH/sida (traitement antirétroviral, ARV)	1	2	3	
o	Prévention de la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant (PTME)	1	2	3	
p	Prise en charge des maladies sexuellement transmissibles (MST)	1	2	3	
q	Vaccination	1	2	3	
r	Soins curatifs de l'adulte	1	2	3	
s	Gestion et administration	1	2	3	
t	Santé communautaire / interventions sur le terrain	1	2	3	
u	Autre, spécifier:	1	2	3	

				NOTER LA RÉPONSE
(2.02)	Y a-t-il d'autres formations dont vous ressentez personnellement le besoin dans votre poste actuel ?	OUI	1	
		NON	2 ► (3.01)	
(2.03)	De quelles autres formations estimez-vous avoir besoin dans votre poste actuel ? ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER "1" SI ELLE EST CITÉE, "2" SI ELLE N'EST PAS CITÉE.			NOTER LA RÉPONSE
		OUI	NON	
a	PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT (PCIME)	1	2	
b	PALUDISME	1	2	
c	DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE	1	2	
d	SANTÉ PROCRÉATIVE / PLANIFICATION FAMILIALE	1	2	
e	SOINS PRÉNATALS	1	2	
f	TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT	1	2	
g	SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATALS D'URGENCE	1	2	
h	SOINS NÉONATALS	1	2	
i	SOINS POSTNATALS / POST-PARTUM	1	2	
j	ALLAITEMENT MATERNEL, Y COMPRIS ALLAITEMENT ÉCOLOGIQUE	1	2	
k	SANTÉ MENTALE	1	2	
l	NUTRITION ET SUIVI DE LA CROISSANCE	1	2	
m	CONSEIL ET DÉPISTAGE DU VIH/SIDA	1	2	
n	TRAITEMENT ET SUIVI DU VIH/SIDA (TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL, ARV)	1	2	
o	PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA DE LA MÈRE À L'ENFANT (PTME)	1	2	
p	PRISE EN CHARGE DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (MST)	1	2	
q	VACCINATION	1	2	
r	SOINS CURATIFS DE L'ADULTE	1	2	
s	GESTION ET ADMINISTRATION	1	2	
t	SANTÉ COMMUNAUTAIRE / INTERVENTIONS SUR LE TERRAIN	1	2	
u	AUTRE, SPÉCIFIER:	1	2	

(3) Horaires et fonctions		NOTER LA RÉPONSE
(3.01)	Au cours des 7 derniers jours, combien d'heures avez-vous travaillé dans cet établissement au total ?	NOMBRE D'HEURES SUR LES 7 DERNIERS JOURS. 168 MAXIMUM.
(3.02)	Nous savons bien que les agents de santé ne peuvent pas toujours assurer leurs fonctions et respecter leurs horaires. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous été absent(e) du travail ?	NOMBRE DE JOURS SUR LES 30 DERNIERS JOURS  SI NOMBRE DE JOURS=0 ► (3.05)
(3.03)	La dernière fois que vous avez été absent(e) du travail, quelle en était la raison ?  ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER SI L'AGENT DE SANTÉ L'A CITÉE OU NON.  CITÉ.....1 NON CITÉ.....2	a. J'AI EU DES PROBLÈMES DE TRANSPORT POUR VENIR AU TRAVAIL
		b. J'ÉTAIS MALADE
		c. JE M'OCCUPAIS D'UN MEMBRE DE MA FAMILLE MALADE
		d. J'ÉTAIS OCCUPÉ(E) À UN AUTRE TRAVAIL (RÉMUNÉRÉ)
		e. J'ÉTAIS OCCUPÉ(E) À UN AUTRE TRAVAIL (NON RÉMUNÉRÉ)
		f. JE M'OCCUPAIS D'ENFANTS
		g. J'ÉTAIS OCCUPÉ(E) À DES TÂCHES MÉNAGÈRES
		h. J'ÉTAIS FATIGUÉ(E) DE MA JOURNÉE DE LA VEILLE
		i. AUTRE, SPÉCIFIER:
(3.04)	Lorsque vous êtes absent(e) de l'établissement, que se passe-t-il ?  ENQUÊTEUR : LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER "1" POUR OUI, OU "2" POUR NON.	a. Le directeur / responsable de l'établissement vous contacte
		b. Votre salaire / indemnité / prime est réduite
		c. Le responsable en discute avec vous
		d. Les absences sont prises en compte dans votre évaluation
		e. Vos collègues vous en parlent
		f. Autre, spécifier:
(3.05)	Combien de patients individuels avez-vous vus pendant votre dernière journée de travail complète ? ENQUÊTEUR : NE PAS COMPTER LES SÉANCES COLLECTIVES D'INFORMATION ORGANISÉES POUR LES MÈRES OU LES PATIENTS	NOMBRE DE PATIENTS

(4) Salaire		NOTER LA RÉPONSE
(4.01)	Sur les 2 dernières années, votre salaire a-t-il augmenté?	OUI 1
		NON 2 ► (4.03)
(4.02)	Sur les 2 dernières années, votre salaire a-t-il augmenté pour l'une des raisons suivantes ?  ENQUÊTEUR : LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER "1" POUR OUI, OU "2" POUR NON.	a. Augmentation périodique ou générale
		b. Performances individuelles
		c. Promotion
		d. Autre, spécifier:
(4.03)	Au cours de 12 derniers mois, avez-vous reçu sans retard tous les salaires qui vous étaient dus ?	OUI 1 ► (4.06)
		NON 2
(4.04)	Le mois dernier, avec combien de jours de retard votre salaire a-t-il été versé ?	ENQUÊTEUR : INSCRIRE UN NOMBRE ENTRE 01 ET 31.
		PAS ENCORE REÇU 77
		REÇU LE JOUR NORMAL 0
(4.05)	Au cours des 12 derniers mois, les fois où vous n'avez pas reçu l'intégralité de votre salaire à la date normale, quelle raison vous a généralement été donnée ?  ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE LES RÉPONSES POSSIBLES À HAUTE VOIX. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER SI LA PERSONNE A CITÉ OU NON CETTE RAISON.  CITÉ.....1 NON CITÉ.....2	a. MANQUE DE FONDS
		b. RETARD SYSTÉMIQUE / PROBLÈME ADMINISTRATIF
		c. SALAIRE SUSPENDU POUR PAYER DES DETTES
		d. PAS DE RAISON DONNÉE AU NON-PAIEMENT
		e. LIÉ AUX PERFORMANCES / ABSENCES
		f. AUTRE, SPÉCIFIER:
(4.06)	Si vous deviez quitter votre emploi actuel, où iriez-vous ?	ONG DU SECTEUR SANTÉ 01
		À L'ÉTRANGER 02
		ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PRIVÉ 03
		ORGANISME CONFESIONNEL 04
		STRUCTURE HORS DU SECTEUR SANTÉ 05
		POUR CONTINUER LES ETUDES 07 ► (5.01)
		STRUCTURE GOUVERNEMENTALE 06
		AUTRE, SPÉCIFIER: 96
(4.07)	Quel serait le niveau de salaire mensuel le plus bas que vous accepteriez pour l'emploi qui vous intéresserait le plus ?	FRW

(5) Autres éléments de rémunération et avantages			NOTER LA RÉPONSE
(5.01)	Recevez-vous actuellement certains des avantages suivants au titre de votre emploi actuel ?  ENQUÊTEUR : LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER "1" POUR OUI, OU "2" POUR NON.	a. Logement gratuit ou subventionné	
		b. Couverture de santé et/ou médicaments	
		c. Repas/nourriture gratuits au travail	
		d. Vêtements de travail	
		e. Chaussures de travail	
		f. Transport entre le domicile et le travail	
		g. Scolarité gratuite ou subventionnée pour les enfants	
(5.02)	Recevez-vous actuellement une allocation de logement ?	OUI 1	
		NON 2 ► (5.03)	
(5.03)	Recevez-vous actuellement une indemnités de brousse (pour tenir compte des conditions de vie difficiles) ?	OUI 1	
		NON 2 ► (5.05)	
(5.04)	Quel montant d'indemnités de brousse avez-vous reçu au cours de la dernière période ou lors du dernier versement ponctuel en frw ?	FRW	
(5.05)	Recevez-vous normalement une indemnité de déplacement pour les activités sur le terrain ?	OUI 1	
		NON 2 ► #REF!	
(5.06)	Au cours des 3 derniers mois, quel montant d'indemnité de déplacement avez-vous reçu pour les activités sur le terrain en frw ?	FRW	

**(7) Études de situation portant sur des protocoles-CONSULTATION DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS**

(7.01)	ENQUÊTEUR: Est-ce que cet agent de sante fait les consultations pour les enfants de moins de 5 ans ?	OUI	1	▶ STOP
		NON	2	

ENQUÊTEUR: Administrer cette partie UNIQUEMENT a l'agent de sante qui fait les consultations curatives pour les enfants de moins de 5 ans

INSTRUCTIONS DE L' ENTRETIEN

LISEZ DEUX FOIS LE CAS ET ENSUITE POSEZ LES QUESTIONS 7.02-7.06.

J'aimerais maintenant examiner un exemple de situation qui pourrait se produire dans ce centre de santé. Cette situation peut ou non être vraie aujourd'hui dans ce centre de santé où vous travaillez. Pour cette situation, je souhaiterais savoir le type de mesures que vous prendriez. Toutes les réponses sont confidentielles. Le type de situation que je souhaiterais aborder avec vous est une consultation curative d'un enfant de moins de 5 ans. Je vais vous lire le cas, puis je vous demanderai ce que vous feriez.

Mme Munyambanza, une femme mariée de 26 ans, vient à votre formation sanitaire avec sa fille de 8 mois. Elle dit que sa fille a eu la diarrhée et les vomissements.

QUESTIONS		RÉPONSES POSSIBLES	NOTER LA RÉPONSE
(7.02)	Quelles sont les 13-14 questions importantes que tu dois poser sur la diarrhée et les vomissements?  ENQUÊTEUR: ENCERCLER LA BONNE REPONSE  CITE .....1 NON CITE .....2	a. Quand est ce que la diarrhée a débuté?Quelle est la frequence de la diarrhee?	
		b. Quand est-ce que les vomissements ont debute?Quelle la frequence des vomissement?	
		c. Y-a t'il du sang dans ce qui a été vomit?Quelle est la frequence des vomissements?	
		d. Y-a t'il du sang dans les selles?	
		e. La fièvre?	
		f. Niveau d'activité?	
		g. Est-ce que l'enfant tête et boit?	
		h. Avez-vous déjà donné les médicaments?	
		i. Y-a t'il une évidence de la déshydratation?	
		j. L'enfant vomit-il tout?	
		k. A t'il des convulsions?	
		l. N'a rien mangé de consistant?	
		m. N'a pas de contact avec une maladie quelconque ou des personnes malades?	
		n. N'a rien mange d'anormal?	
(7.03)	Qu'est ce que vous demandez à propos de l'histoire médicale et environnementale de cet enfant?  CITE .....1 NON CITE .....2	a. Histoire d'une maladie similaire?	
		b. Allergies médicamenteuses?	
		c. Une autre histoire médicale ou chirurgicale? Histoire de HIV?	
		d. Une complication de l'accouchement? Ou une prematurite	
		e. Accès à l'eau et aux sanitaires?	
		f. Histoire de la vaccination?	
		g. Allaitement/ autres fluides/autres aliments solides?	

QUESTIONS		RÉPONSES POSSIBLES	NOTER LA RÉPONSE
(7.04)	<p>Que faites-vous lorsque vous conduisez l'examen physique de cet enfant?</p> <p>CITE .....1 NON CITE .....2</p>	a. Vérifier son apparence/ signe d'alerte?	
		b. Prendre sa température?	
		c. Examiner la fontanelle?	
		d. Prendre la pulsation (pouls)	
		e. Poids?	
		f. Mesurer la taille?	
		g. Déterminer le temps de recoloration cutanée	
		h. Examiner les yeux?	
		i. Observer la peau et les muqueuses?	
		j. Ausculter l'abdomen pour le péristaltisme?	
		k. Palper l' abdomen?	
		l. Vérifier s'il y a du sang dans le selles ou du mucus?	
		m. Vérifier les mains et les plantes des pieds?	
		n. Vérifier s'il y a les oedèmes des pieds?	
(7.05)	<p>Quel examen de laboratoire allez-vous demander?</p> <p>CITE .....1 NON CITE .....2</p>	a. Examens sanguins de routine/ Numération Formule Sanguine (NFS)?	
		b. Culture des selles?	
		c. Examen direct des selles	
		d. Frottis sanguin/ Test rapide pour le paludisme?	
		e. Autre (spécifier.....)?	
		f. Autre (spécifier.....)?	
(7.06)	<p>Si cet enfant avait une déshydratation modérée d'origine virale, que feriez-vous?</p> <p>CITE .....1 NON CITE .....2</p>	a. Recommander l'augmentation des liquides?	
		b. Fournir les solutions de réhydratation orale (SRO) dans la clinique?	
		c. Montrer comment/ recommander la solution de réhydratation orale	
		d. Recommander les suppléments vitaminiques?	
		e. Recommander les antipyrétiques (médicaments contre la fièvre)?	
		f. Donner l'instruction de retourner à la clinique si l'état de santé de l'enfant se détériore?	
		g. Mettre à jour la vaccination?	
		h. Administrer les liquides en Intraveineuse (IV)?	
		i. Recommander les antibiotiques?	
		j. Hospitaliser?	
		k. Continuer à allaiter?	

MERCI DE VOTRE COOPÉRATION