

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



CAMEROUN  
2012



IDENTIFIANT

N° SECTION D'ENUMERATION

NUMÉRO DU  
QUEST.

**QUESTIONNAIRE DESTINE AUX FORMATIONS SANITAIRES  
F2: QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL DE L'AGENT DE SANTE**

SITUATION GÉOGRAPHIQUE

Région:  Département  Arrondissement

District de santé  Aire de santé  Quartier/Village

NOM DE LA FORMATION SANITAIRE:  CODE DE LA FORMATION SANITAIRE:

ENQUÊTEUR ET VISITES

NOM:  CODE:

VIS N° 1:	JOUR	MOIS	ANNÉE
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VIS N° 2:	JOUR	MOIS	ANNÉE
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VIS N° 3:	JOUR	MOIS	ANNÉE
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RÉSULTAT DE L'ENTREVUE :

ENTREVUE RÉALISÉE	1
PARTIELLEMENT RÉALISÉE	2
LE RESPONSABLE A REFUSÉ L'ENTREVUE	3
LE RESPONSABLE EST ABSENT ( LE PERSONNEL P	4
LA FORMATION SANITAIRE EST VIDE ( Aucun membr	5
AUTRE, PRÉCISER: _____	7

LANGUES UTILISÉES

... PAR L'ENQUÊTEUR ?	... PAR LA PERSONNE INTERROGÉE
Français	1
Anglais	2
Pidgin	3
Mongo ewondo	4
Autre, préciser	7

REQUIS SERVICES D'UN TRADUCTEUR?

JAMAIS	1
PARFOIS	2
TOUJOURS	3

Heure de début:  Heure de fin:

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

L'ENQUÊTEUR DIT: Bonjour! Je m'appelle \_\_\_\_\_, je travaille à l' IFORD. Le Ministère de la santé nous a instruit 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 une entrevue aujourd'hui?

OUI 1   
NON 2

CONTROLEUR

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"/>

CETTE PAGE EST DÉLIBÉRÉMENT VIDE

(1) Informations générales		ENREGISTRER LES
(1,01)	Quel est votre nom s'il vous plaît?	
(1,02)	REEMPLIR LE CODE DE L'AGENT DE SANTE A PARTIR DE LA LISTE DU PERSONNEL A LA FICHE F1	
(1,03)	SEXE	HOMME 1
		FEMME 2
(1,04)	Quel âge avez-vous?	ANS
(1,05)	Quel est votre statut matrimonial?	Célibataire 1 ► (1,07)
		Marié (e) / union libre 2
		veuf / veuve 3 ► (1,07)
		Divorcé (e)/ séparé(e) 4 ► (1,07)
(1,06)	Est ce que vous vivez avec votre conjoint (e)?	OUI 1
		NON 2
(1,07)	Avez-vous des enfants?	OUI 1
		NON 2 ► (1,09)
(1,08)	Combien d'enfants en âge scolaire vivent avec vous?	
(1,09)	Êtes-vous né dans cet Arrondissement ?	OUI 1
		NON 2
(1,10)	Qui est votre employeur?	L'Etat (MINSANTE) 11
		La formation sanitaire 12
		Organisation Non Gouvernementale 13
		L'armée (MINDEF) 14
		Organisme religieux 15
		Travailleur indépendant 16
		Communauté locale 17
		AUTRE, PRÉCISER: _____ 97
(1,11)	Quel type de contrat avez-vous signé avec votre employeur ?	Permanent (Public) et donnant droit à une pension 1
		Permanent (Privé) et donnant droit à une pension 2
		Contrat de courte durée (moins de 6 mois) 3
		Contrat à durée déterminée (6 mois et plus) 4
		Informel (pas de contrat ) 5
		Bénévole 6
		AUTRE, PRÉCISER: _____ 7
(1,12)	Quel est votre niveau d'études le plus élevé que vous avez Terminé avec succès ?	Aucun 1 ► (1,13)
		Primaire 2
		Sécondaire 1er cycle 3
		Secondaire 2nd cycle 4
		Superieur et plus 5
(1,13)	Cela fait combien d'année(s), et de mois que vous travaillez depuis la fin de votre formation la plus élevée?	a. ANS
		b. MOIS (ENTRE 1-12)
ENREGISTRER LE NOMBRE D'ANNÉES ET DE MOIS SI LE NOMBRE EST MOINS D'1 AN, ENREGISTRER "0" POUR LES ANNÉES ET INSÉRER LE NOMBRE DE MOIS.		

(1,14)	<p>Pendant Combien d'année(s) et mois avez-vous travaillé comme personnel agent de santé dans ce centre</p> <p>ENREGISTRER LE NOMBRE D'ANNÉES ET DE MOIS SI LE NOMBRE EST MOINS D'1 AN, ENREGISTRER "0" POUR LES ANNÉES ET INSÉRER LE NOMBRE DE MOIS.</p>	a. ANS																																													
		b. MOIS (ENTRE 1-12)																																													
(1,15)	<p>Quel est votre poste en tant qu'agent de santé tel que défini par le Ministère de la santé?</p>	<table border="1"> <tr><td>Directeur / Chef de la formation sanitaire</td><td>11</td></tr> <tr><td>Chef de secteur</td><td>12</td></tr> <tr><td>Surveillant Général</td><td>13</td></tr> <tr><td>coordonateur de soins</td><td>14</td></tr> <tr><td>Infirmier Chef ou Principal</td><td>15</td></tr> <tr><td>Major - Pédiatrie</td><td>16</td></tr> <tr><td>Major - Maternité</td><td>17</td></tr> <tr><td>Major - Médecine</td><td>18</td></tr> <tr><td>Chef Unité PEV</td><td>19</td></tr> <tr><td>Major - Bloc opératoire</td><td>20</td></tr> <tr><td>Major - Chirurgie</td><td>21</td></tr> <tr><td>Econome</td><td>22</td></tr> <tr><td>Comptable matière</td><td>23</td></tr> <tr><td>Autre Chef de Service</td><td>24</td></tr> <tr><td>AUTRE, PRÉCISER:</td><td>97</td></tr> </table>	Directeur / Chef de la formation sanitaire	11	Chef de secteur	12	Surveillant Général	13	coordonateur de soins	14	Infirmier Chef ou Principal	15	Major - Pédiatrie	16	Major - Maternité	17	Major - Médecine	18	Chef Unité PEV	19	Major - Bloc opératoire	20	Major - Chirurgie	21	Econome	22	Comptable matière	23	Autre Chef de Service	24	AUTRE, PRÉCISER:	97															
Directeur / Chef de la formation sanitaire	11																																														
Chef de secteur	12																																														
Surveillant Général	13																																														
coordonateur de soins	14																																														
Infirmier Chef ou Principal	15																																														
Major - Pédiatrie	16																																														
Major - Maternité	17																																														
Major - Médecine	18																																														
Chef Unité PEV	19																																														
Major - Bloc opératoire	20																																														
Major - Chirurgie	21																																														
Econome	22																																														
Comptable matière	23																																														
Autre Chef de Service	24																																														
AUTRE, PRÉCISER:	97																																														
A présent, je vais vous poser des questions portant sur les services que vous avez fournis durant les 3 derniers mois																																															
(1,16)	<p>Durant les 3 derniers mois, avez-vous mené l'une des activités suivantes?</p> <p>LISEZ CHAQUE OPTION A HAUTE VOIX POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE "1" SI L'AGENT DE SANTÉ A EU À FAIRE CETTE PRESTATION DE SERVICE AU MOINS PENDANT LES 3 DERNIERS MOIS, ET "2" S'IL NE L'A PAS FAIT.</p> <p>SI L'AGENT DE SANTE TRAVAILLE DANS LE CENTRE DE SANTE DEPUIS MOINS DE 3 MOIS, POSEZ LUI LA QUESTION SUR LES SERVICES RENDUS PENDANT LE TEMPS QU'IL/ELLE Y A PASSÉ</p> <p>OUI 1 NON 2</p> 	<table border="1"> <tr><td>a. Supervision des agents de santé communautaire</td><td></td></tr> <tr><td>b. Supervision des accoucheurs traditionnels</td><td></td></tr> <tr><td>c. Consultation curative pour enfants</td><td></td></tr> <tr><td>d. Consultation curative pour adultes</td><td></td></tr> <tr><td>e. Consultation pour le planning familial</td><td></td></tr> <tr><td>f. Consultation prénatale</td><td></td></tr> <tr><td>g. Consultation pour les soins post partum</td><td></td></tr> <tr><td>h. Accouchements au sein du centre de santé</td><td></td></tr> <tr><td>i. Diagnostic / traitement de la tuberculose</td><td></td></tr> <tr><td>j. Vaccination en stratégie fixe (FOSA)</td><td></td></tr> <tr><td>k. Vaccination en stratégie avancée (communauté)</td><td></td></tr> <tr><td>l. Suivi de la croissance / conseils nutritionnels</td><td></td></tr> <tr><td>m. Traitement du paludisme</td><td></td></tr> <tr><td>n. Formation des agents de santé communautaire</td><td></td></tr> <tr><td>o. Formation des accoucheurs (ses) traditionnel( les)</td><td></td></tr> <tr><td>p. Traitement d'un handicap et maladies chroniques</td><td></td></tr> <tr><td>q. Traitement de maladies mentales</td><td></td></tr> <tr><td>r. Dépistage et counselling VIH/SIDA</td><td></td></tr> <tr><td>s. Traitement VIH/SIDA (traitement aux Anti retroviraux)</td><td></td></tr> <tr><td>t. Circoncision des enfants de sexe masculin</td><td></td></tr> <tr><td>u. Sensibilisation de la pop. sur les questions de santé</td><td></td></tr> <tr><td>v. Autre, Préciser : _____</td><td></td></tr> </table>	a. Supervision des agents de santé communautaire		b. Supervision des accoucheurs traditionnels		c. Consultation curative pour enfants		d. Consultation curative pour adultes		e. Consultation pour le planning familial		f. Consultation prénatale		g. Consultation pour les soins post partum		h. Accouchements au sein du centre de santé		i. Diagnostic / traitement de la tuberculose		j. Vaccination en stratégie fixe (FOSA)		k. Vaccination en stratégie avancée (communauté)		l. Suivi de la croissance / conseils nutritionnels		m. Traitement du paludisme		n. Formation des agents de santé communautaire		o. Formation des accoucheurs (ses) traditionnel( les)		p. Traitement d'un handicap et maladies chroniques		q. Traitement de maladies mentales		r. Dépistage et counselling VIH/SIDA		s. Traitement VIH/SIDA (traitement aux Anti retroviraux)		t. Circoncision des enfants de sexe masculin		u. Sensibilisation de la pop. sur les questions de santé		v. Autre, Préciser : _____		
a. Supervision des agents de santé communautaire																																															
b. Supervision des accoucheurs traditionnels																																															
c. Consultation curative pour enfants																																															
d. Consultation curative pour adultes																																															
e. Consultation pour le planning familial																																															
f. Consultation prénatale																																															
g. Consultation pour les soins post partum																																															
h. Accouchements au sein du centre de santé																																															
i. Diagnostic / traitement de la tuberculose																																															
j. Vaccination en stratégie fixe (FOSA)																																															
k. Vaccination en stratégie avancée (communauté)																																															
l. Suivi de la croissance / conseils nutritionnels																																															
m. Traitement du paludisme																																															
n. Formation des agents de santé communautaire																																															
o. Formation des accoucheurs (ses) traditionnel( les)																																															
p. Traitement d'un handicap et maladies chroniques																																															
q. Traitement de maladies mentales																																															
r. Dépistage et counselling VIH/SIDA																																															
s. Traitement VIH/SIDA (traitement aux Anti retroviraux)																																															
t. Circoncision des enfants de sexe masculin																																															
u. Sensibilisation de la pop. sur les questions de santé																																															
v. Autre, Préciser : _____																																															

(2) Formation du personnel					
(2,01)	<p>Pour chaque sujet mentionné, j'aimerais savoir la date la plus récente à laquelle vous avez reçu une formation continue. Bien vouloir ne pas inclure votre formation médicale ou en soins infirmiers.</p> <p>IL S'AGIT EXCLUSIVEMENT DES FORMATIONS REÇUES APRÈS VOS ÉTUDES PROFESSIONNELLES PAR EXEMPLE, LES ÉTUDES FAITES DANS LE CADRE DE L'OBTENTION D'UN DIPLÔME DE MÉDECINE OU DE CHIRURGIE <u>NE DOIVENT PAS ÊTRE</u> CITÉES ICI.</p> <p>LISEZ CHAQUE OPTION A HAUTE VOIX POUR CHACUNE DES OPTIONS, INSCRIRE "1" SI LA FORMATION A EU LIEU IL YA DE CELA MOINS D'1 AN , "2" SI ELLE A EU LIEU IL Y A PLUS D'1 AN, ET "3" SI L'AGENT DE SANTE N'A PAS SUIVI DE FORMATION DANS CETTE SPÉCIALITÉ DEPUIS LA FIN DE SES ÉTUDES EN MÉDECINE.</p>				
		FORMATION IL Y A MOINS D'1 AN	FORMATION IL Y A PLUS D'1 AN	PAS DE FORMATION	ENREGISTRER LES RÉPONSES
a.	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME clinique)	1	2	3	
b.	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME communautaire)	1	2	3	
c.	diagnostic du paludisme par les tests rapides	1	2	3	
d.	Prise en charge du paludisme par les ACT	1	2	3	
e.	Diagnostic / traitement de la tuberculose	1	2	3	
f.	Planning Familial de base	1	2	3	
g.	Soins obstétricaux d'urgence et soins aux nouveaux-nés (SONEU)	1	2	3	
h.	Chirurgie obstétricale (SONUC)	1	2	3	
i.	CPN recentrées	1	2	3	
j.	Prise en charge du Choléra	1	2	3	
k.	Prise en charge globale du VIH/SIDA	1	2	3	
l.	Gestion des intrants et autres Vaccins	1	2	3	
m.	Surveillance épidémiologique des maladies intégrées du PEV	1	2	3	
n.	Formation en pair éducation	1	2	3	
o.	Formation en Santé de reproduction des Adolescents	1	2	3	
p.	Prévention de la transmission VIH/SIDA de la mère à l'enfant / PTME	1	2	3	
q.	Gestion administrative et financière	1	2	3	
r.	système d'information sanitaire	1	2	3	
s.	AUTRE, PRÉCISER: _____	1	2	3	

			ENREGISTRER LES RÉPONSES	
(2,02)	Y a-t-il des besoins en formation que vous estimez nécessaires pour votre travail actuel?	OUI	1	
		NON	2 ▶ (3,01)	
(2,03)	De quelle formation supplémentaire avez-vous besoin pour votre travail actuel? NE PAS LIRE CHAQUE OPTION A HAUTE VOIX POUR CHAQUE OPTION, INSCRIRE "1" SI MENTIONNÉ, ET «2» SI RIEN N'EST INDIQUÉ.			ENREGISTRER LES RÉPONSES
		OUI	NON	
a.	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME clinique)	1	2	
b.	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME communautaire)	1	2	
c.	diagnostic du paludisme par les tests rapides	1	2	
d.	Prise en charge du paludisme par les ACT	1	2	
e.	Diagnosic / traitement de la tuberculose	1	2	
f.	Planning Familial de base	1	2	
g.	Soins obstétriques d'urgence et soins aux nouveaux-nés (SONEU)	1	2	
h.	Chirurgie obstétricale (SONUC)	1	2	
i.	CPN recentrées	1	2	
j.	Prise en charge du Choléra	1	2	
k.	Prise en charge globale du VIH/SIDA	1	2	
l.	Gestion des intrants et autres Vaccins	1	2	
m.	Surveillance épidémiologique des maladies intégrées du PEV	1	2	
n.	Formation en pair éducation	1	2	
o.	Formation en Santé de reproduction des Adolescents	1	2	
p.	Prévention de la transmission du VIH / SIDA de la mère à l'enfant/ PTME	1	2	
q.	Gestion administrative et financière	1	2	
r.	système d'information sanitaire	1	2	
s.	AUTRE, PRÉCISER: _____	1	2	

(3) Nombre d'heures et fonctions		ENREGISTRER LES RÉP																		
(3,01)	Selon les termes de votre contrat, vous êtes supposé travailler dans ce centre de santé pendant combien d'heures par semaine?	NOTER LE NOMBRE MOYEN D'HEURES PAR JOUR ET CONVERTIR EN NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE																		
(3,02)	Nous avons constaté que les agents de santé font face à certaines contraintes les empêchant de toujours remplir leurs fonctions et respecter leurs heures de travail. Durant les 30 derniers jours, vous avez été absent pendant combien de jours?	NOMBRE DE JOURS DURANT LES 30 DERNIERS JOURS																		
(3,03)	Durant les 7 derniers jours, vous avez travaillé dans ce centre de santé pendant combien de jours?	NOMBRE DE JOURS DURANT LES 7 DERNIERS JOURS MAXIMUM 7.																		
(3,04)	Durant les 7 derniers jours, vous avez travaillé dans ce centre de santé pendant combien d'heures au total?	NOMBRE D'HEURES DURANT LES 7 DERNIERS JOURS MAXIMUM 168.																		
(3,05)	Si vous comparez avec les 3 derniers mois, diriez-vous que le nombre d'heures pendant lesquelles vous avez travaillé par semaine a augmenté, réduit ou est resté le même?	<table border="1"> <tr> <td>Augmenté</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Réduit</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Resté le même</td> <td>3</td> </tr> </table>	Augmenté	1	Réduit	2	Resté le même	3												
Augmenté	1																			
Réduit	2																			
Resté le même	3																			
(3,06)	Vous arrive-t-il parfois d'être absent sans permission?	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2														
OUI	1																			
NON	2																			
(3,07)	La dernière fois que vous étiez absent sans autorisation, quel genre d'activités faisiez-vous principalement ?  NE LISEZ PAS LES OPTIONS. MENTIONNER LA PRINCIPALE ACTIVITE QUE L'AGENT DE SANTE A DÉCLARÉ.	<table border="1"> <tr> <td>11</td> <td>J'étais bloqué(e) sur Le chemin du travail</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>J'étais malade</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>Je m'occupais des membres de ma famille malades</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>J'étais à un autre boulot (payant)</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>J'étais à un autre boulot (non payant)</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>Je M'occupais Des Enfants</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>Je m'occupais des taches ménagères</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>J'étais fatigué(e) après le travail du jour précédent</td> </tr> <tr> <td>97</td> <td>Autre, précisez: _____</td> </tr> </table>	11	J'étais bloqué(e) sur Le chemin du travail	12	J'étais malade	13	Je m'occupais des membres de ma famille malades	14	J'étais à un autre boulot (payant)	15	J'étais à un autre boulot (non payant)	16	Je M'occupais Des Enfants	17	Je m'occupais des taches ménagères	18	J'étais fatigué(e) après le travail du jour précédent	97	Autre, précisez: _____
11	J'étais bloqué(e) sur Le chemin du travail																			
12	J'étais malade																			
13	Je m'occupais des membres de ma famille malades																			
14	J'étais à un autre boulot (payant)																			
15	J'étais à un autre boulot (non payant)																			
16	Je M'occupais Des Enfants																			
17	Je m'occupais des taches ménagères																			
18	J'étais fatigué(e) après le travail du jour précédent																			
97	Autre, précisez: _____																			
(3,08)	Quand vous êtes absent sans permission, dites nous, est ce que l'un des scénarios suivants arrive?    LIRE LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, NOTER "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.	<table border="1"> <tr> <td>a.</td> <td>Le responsable / directeur du centre de santé vous contacte</td> </tr> <tr> <td>b.</td> <td>Votre salaire / prime / bons est réduit</td> </tr> <tr> <td>c.</td> <td>Le responsable en discute avec vous</td> </tr> <tr> <td>d.</td> <td>Les absences se reflètent dans votre évaluation de rendement (Bul. De notes)</td> </tr> <tr> <td>e.</td> <td>Vos collègues vous en parlent</td> </tr> <tr> <td>f.</td> <td>Autre, Préciser: _____</td> </tr> </table>	a.	Le responsable / directeur du centre de santé vous contacte	b.	Votre salaire / prime / bons est réduit	c.	Le responsable en discute avec vous	d.	Les absences se reflètent dans votre évaluation de rendement (Bul. De notes)	e.	Vos collègues vous en parlent	f.	Autre, Préciser: _____						
a.	Le responsable / directeur du centre de santé vous contacte																			
b.	Votre salaire / prime / bons est réduit																			
c.	Le responsable en discute avec vous																			
d.	Les absences se reflètent dans votre évaluation de rendement (Bul. De notes)																			
e.	Vos collègues vous en parlent																			
f.	Autre, Préciser: _____																			
(3,09)	Combien de malades individuels avez vous consultés pendant votre dernière journée entière de travail? BIEN VOULOIR NE PAS COMPTABILISER LES GROUPES DE SENSIBILISATION DE MERES OU DE PATIENTS	NOMBRE DE PATIENTS																		

(4) Salaire				ENREGISTRER LES
(4,01)	Pourriez vous me dire dans quelle fourchette se situe le montant de votre Salaire Mensuel de base ( en FCFA) ?	1. Moins de 25 000 2. 25 000 - 50 000 3. 50 0000 -75 000 4. 75 000 - 100 000	5. 100 000 - 125 000 6. 125 000 - 150 000 7. Plus de 150 000	
(4,02)	Dans quelle fourchette était le montant de votre salaire mensuel de base il y a 1 an (en FCFA) ?	1. Moins de 25 000 2. 25 000 - 50 000 3. 50 0000 -75 000 4. 75 000 - 100 000	5. 100 000 - 125 000 6. 125 000 - 150 000 7. Plus de 150 000	
(4,03)	Quelle est votre catégorie dans l'échelle salariale actuelle?			
(4,04)	Pendant les 2 dernières années est ce que vous avez reçu une augmentation de  LIRE LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, NOTER "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.	a. Routine ou augmentation générale b. rendement individuel c. Promotion d. Aucune augmentation e. AUTRE, PRÉCISER: _____		
(4,05)	Pendant les 12 derniers mois, avez-vous toujours reçu la totalité de votre salaire dans les délais prévus par le calendrier des paiements ?	Oui, toujours Oui, pas toujours Non	1 ► (4,14) 2 3	
(4,06)	Quel jour du mois êtes vous supposé recevoir votre salaire?	inscrire un nombre EX: 08 ou 21		
(4,07)	Le mois dernier, avec combien de jours de retard avez-vous reçu votre salaire ?	inscrire un nombre EX: 08 ou 21 PAS ENCORE REÇU 77 REÇU A TEMPS 00		
(4,08)	Avez-vous reçu la totalité de votre salaire du mois dernier ?	OUI 1 NON 2		
(4,09)	Avec combien de jours de retard avez-vous reçu votre salaire de l'avant dernier mois (celui il y a 2 mois) ?	inscrire un nombre EX: 08 ou 21 PAS ENCORE REÇU 77 REÇU A TEMPS 00		
(4,10)	Avez-vous reçu la totalité de votre salaire de l'avant dernier mois ?	OUI 1 NON 2		
(4,11)	Pendant les 12 derniers mois, quelle raison principale était avancée pour justifier le fait que vous n'avez pas reçu la totalité de votre salaire?	Manque d'argent 1 Retard général / problème administratif 2		

		Salaire retenu pour le paiement des dettes	3	
		Pas d'explication	4	
		En rapport avec le rendement / absence	5	
		Autre, préciser: _____	7	
(4,12)	Pendant les 12 derniers mois, avez vous reçu tout le salaire que l'on vous devait même si cela n'était pas selon le calendrier des paiements?	OUI	1 ► (4,15)	
		NON	2	
(4,13)	Pour les 12 derniers mois, combien de mois de salaire vous doit-on ?	NOMBRE DE MOIS (ENTRE 1 - 12)		
(4,14)	Etes-vous tenté de quitter votre travail actuel ?	OUI	1	
		NON	2	
(4,15)	S'il vous fallait quitter votre travail actuel, où iriez-vous?	ONG œuvrant dans le domaine de la santé	1	
		Hors du pays	2	
		Centre de santé privé	3	
		Organisations religieuses	4	
		ONG n'œuvrant pas dans le domaine de la santé	5	
		Hors du domaine de la santé	6	
		Autre, à préciser: _____	7	
(4,16)	Quel serait le salaire mensuel brut que vous accepterez pour travailler dans le lieu de votre choix?	FCFA		

(5)	Autre compensation	ENREGISTRER LES RÉPONSES																								
(5,01)	Est ce que vous recevez actuellement l'un des avantages suivants dans le cadre de votre travail principal  LIRE LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, NOTER "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON  	<table border="1"> <tr> <td>a. Gratuité ou subvention logement</td> <td>Si 1, ►</td> <td>(5,05)</td> </tr> <tr> <td>b. Aide-maladie et / ou médicaments</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Nourriture / Repas gratuits au lieu de service</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. Tenue de travail</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>e. Chaussures de travail</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>f. Transport entre votre domicile et le lieu de travail</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>g. École gratuite ou subvention pour l'école des enfants</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	a. Gratuité ou subvention logement	Si 1, ►	(5,05)	b. Aide-maladie et / ou médicaments			c. Nourriture / Repas gratuits au lieu de service			d. Tenue de travail			e. Chaussures de travail			f. Transport entre votre domicile et le lieu de travail			g. École gratuite ou subvention pour l'école des enfants					
a. Gratuité ou subvention logement	Si 1, ►	(5,05)																								
b. Aide-maladie et / ou médicaments																										
c. Nourriture / Repas gratuits au lieu de service																										
d. Tenue de travail																										
e. Chaussures de travail																										
f. Transport entre votre domicile et le lieu de travail																										
g. École gratuite ou subvention pour l'école des enfants																										
(5,02)	Est ce que vous recevez actuellement une prime de non logement?	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ►</td> <td>(5,05)</td> </tr> </table>	OUI	1		NON	2 ►	(5,05)																		
OUI	1																									
NON	2 ►	(5,05)																								
(5,03)	Quelle est la fréquence de paiement de la prime de logement?	<table border="1"> <tr> <td>CHAQUE JOUR</td> <td>11</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CHAQUE SEMAINE</td> <td>12</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CHAQUE MOIS</td> <td>13</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOUS LES QUATRE MOIS</td> <td>14</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOUS LES SIX MOIS</td> <td>15</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CHAQUE ANNÉE</td> <td>16</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IRRÉGULIER / PONCTUELEMENT</td> <td>17</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUTRE, PRÉCISER: _____</td> <td>97</td> <td></td> </tr> </table>	CHAQUE JOUR	11		CHAQUE SEMAINE	12		CHAQUE MOIS	13		TOUS LES QUATRE MOIS	14		TOUS LES SIX MOIS	15		CHAQUE ANNÉE	16		IRRÉGULIER / PONCTUELEMENT	17		AUTRE, PRÉCISER: _____	97	
CHAQUE JOUR	11																									
CHAQUE SEMAINE	12																									
CHAQUE MOIS	13																									
TOUS LES QUATRE MOIS	14																									
TOUS LES SIX MOIS	15																									
CHAQUE ANNÉE	16																									
IRRÉGULIER / PONCTUELEMENT	17																									
AUTRE, PRÉCISER: _____	97																									
(5,04)	Quel montant en FCFA avez-vous reçu au titre de votre prime de logement la dernière période ou la dernière occasion où vous l'avez reçue?	FCFA																								
(5,05)	Est ce que vous recevez actuellement une indemnité compensatoire pour " zone rurale difficile" (du fait que vous exercez en zone rurale)?	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ►</td> <td>(5,08)</td> </tr> </table>	OUI	1		NON	2 ►	(5,08)																		
OUI	1																									
NON	2 ►	(5,08)																								
(5,06)	Quelle est la fréquence de paiement de cette prime compensatoire pour exercice en zone rurale	<table border="1"> <tr> <td>CHAQUE MOIS</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOUS LES TROIS MOIS</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOUS LES SIX MOIS</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CHAQUE ANNÉE</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IRRÉGULIER / PONCTUELLEMEN</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUTRE, PRÉCISER: _____</td> <td>7</td> <td></td> </tr> </table>	CHAQUE MOIS	1		TOUS LES TROIS MOIS	2		TOUS LES SIX MOIS	3		CHAQUE ANNÉE	4		IRRÉGULIER / PONCTUELLEMEN	5		AUTRE, PRÉCISER: _____	7							
CHAQUE MOIS	1																									
TOUS LES TROIS MOIS	2																									
TOUS LES SIX MOIS	3																									
CHAQUE ANNÉE	4																									
IRRÉGULIER / PONCTUELLEMEN	5																									
AUTRE, PRÉCISER: _____	7																									
(5,07)	Quel montant avez-vous reçu au titre de votre prime compensatoire pour exercice en zone rurale la dernière période ou la dernière occasion où vous l'avez reçue ?																									
(5,08)	Est ce que vous recevez actuellement des frais de transport pour vos activités de sensibilisation?	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td>2 ►</td> <td>(6,01)</td> </tr> <tr> <td>N'est pas impliqué dans les activité:</td> <td>3 ►</td> <td>(6,01)</td> </tr> </table>	OUI	1		Non	2 ►	(6,01)	N'est pas impliqué dans les activité:	3 ►	(6,01)															
OUI	1																									
Non	2 ►	(6,01)																								
N'est pas impliqué dans les activité:	3 ►	(6,01)																								
(5,09)	Pendant les 3 derniers mois, combien avez vous reçu au titre de frais de transport pour les activités de sensibilisation?	FCFA																								

(6) Supervision (interne et externe)		
SUPERVISION INTERNE		
A présent, j'aimerais que l'on parle de la supervision de votre travail par des personnes qui travaillent également dans cette formation sanitaire		ENREGISTRER LES RÉPONSES
(6,01)	Y a-t-il dans ce centre de santé quelqu'un qui est responsable de la supervision de votre travail? Il s'agit entre autre de quelqu'un qui donne un feedback sur votre rendement, vous conseille, parle de votre carrière avec vous?	OUI 1
		NON 2 ► (6,07)
(6,02)	Dans ce centre de santé qui est responsable de la supervision de votre travail?	Responsable du centre de santé 1
		Un chef de service au sein du centre de santé 2
		Un autre personnel de santé dans le centre 3
		Autre à préciser : _____ 7
(6,03)	Quel est le poste de votre superviseur selon les textes du Ministère de la santé?	Directeur / Chef de la formation sanitaire 11
		Chef de secteur _____ 12
		Surveillant Général _____ 13
		coordonateur de soins _____ 14
		Infirmier Principal _____ 15
		Major - Pédiatrie _____ 16
		Major - Maternité _____ 17
		Major - Médecine _____ 18
		Chef Unité PEV _____ 19
		Major - Bloc opératoire _____ 20
		Major - Chirurgie _____ 21
		Econome _____ 22
		Comptable matière _____ 23
		Autre Chef de Service _____ 24
AUTRE, PRÉCISER: _____ 97		
(6,04)	A quand remonte la dernière entrevue lors de laquelle vous avez parlé de votre rendement ou de votre perfectionnement professionnel avec ce superviseur interne?	Pendant les 30 derniers jours 1
		Pendant les 31 - 90 derniers jours 2
		Pendant les 4 - 6 derniers mois 3
		il y a plus de 6 mois 4
		Jamais eu d'entrevues 5 ► (6,07)
(6,05)	Durant les 12 derniers mois, avez-vous discuté d'une quelconque difficulté de service avec votre superviseur interne?	OUI 1
		NON 2 ► (6,07)
(6,06)	Après vos entrevues, avez-vous constaté beaucoup d'améliorations, quelques améliorations ou pas d'améliorations du tout?	beaucoup d'améliorations 1
		Quelques améliorations 2
		Aucune amélioration 3

SUPERVISION EXTERNE			ENREGISTRER LES RÉPONSES
A présent, j'aimerais que l'on parle de la supervision de votre travail par des personnes qui travaillent en dehors de cette formation sanitaire			
(6,07)	Hors de ce centre de santé, y a-t-il quelqu'un qui est responsable de la supervision de votre travail? Il s'agit entre autre de quelqu'un qui donne un feedback sur votre rendement, vous conseille, parle de votre carrière avec vous?	OUI 1	
		NON 2 ► (7,01)	
(6,08)	Qui est responsable de la supervision de votre travail hors de ce centre de santé?	Responsable de l'inspection générale 11	
		Responsable de la Direction technique 12	
		Chef de service Niveau central 13	
		Cadre Délégation Régionale SP 14	
		Chef de services de santé de district 15	
		Membre Equipe cadre district 16	
		Expert ONG de la santé 17	
AUTRE, PRÉCISER: _____ 97			
(6,09)	Pendant les 12 derniers mois, combien de fois avez vous discuté avec votre superviseur externe?		
(6,10)	A quand remonte la dernière entrevue lors de laquelle vous avez parlé de votre rendement ou de votre carrière professionnel avec ce superviseur externe?	Pendant les 30 derniers jours 1	
		Pendant les 31 - 90 derniers jours 2	
		Pendant les 4 - 6 derniers mois 3	
		il y a plus de 6 mois 4	
		Jamais 5	
(6,11)	A votre dernière rencontre avec ce (tte) superviseur externe, qu'a-t- [il / elle ] fait dans le cadre de la supervision de votre travail?  NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, ENREGISTRER "1" SI ELLE EST MENTIONNÉE, ET «2» SI RIEN N'EST INDIQUÉ.	a. Apport en matériel / équipement	
		b. Vérification des registres	
		c. Vérification des finances	
		d. Observation des consultations	
		e. Évaluation des connaissances	
		f. Enseignements sur des sujets du domaine de la santé	
		g. Enseignements du domaine administratif	
		h. Directives pour le remplissage des fiches du système de suivi et d'informations sanitaires ou des registres	
		i. Rien	
		j. Entretien sur mon rendement et / ou ma carrière	
		k. Inspection du centre de santé	
l. Autre, préciser: _____			
(6,12)	Durant les 12 derniers mois, avez-vous discuté d'une quelconque difficulté de service avec votre superviseur externe?	OUI 1	
		NON 2 ► 7,01	
(6,13)	Après vos entrevues, avez-vous constaté beaucoup d'améliorations, quelques améliorations ou pas d'améliorations du tout?	Beaucoup d'améliorations 1	
		Quelques améliorations 2	
		Aucune amélioration 3	

(7) Revenu supplémentaire		
<p>Il est courant que les agents de santé exercent un travail autre que leur principale fonction au sein du centre de santé. J'aimerais vous poser des questions sur le travail supplémentaire, si vous en faites. Veuillez répondre aux questions suivantes sur vos activités supplémentaires</p> 		ENREGISTRER LES RÉPONSES
(7,01)	Est-ce que vous exercez un autre travail ou une autre activité en dehors de cette formation sanitaire ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 ► (8,01)</p>
(7,02)	<p>De quel genre de travail ou d'activité s'agit-il?</p>  <p>LIRE LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, NOTER "1" SI LA RÉPONSE EST OUI, ET "2" SI C'EST NON.</p>	<p>a. emploi dans un autre centre public</p> <p>b. Emploi dans une clinique privée ou cabinet privé</p> <p>c. Emploi dans une pharmacie</p> <p>d. Emploi dans une affaire non-sanitaire autre que l'agriculture</p> <p>e. Agriculture</p> <p>f. AUTRE, PRÉCISER: _____</p>
(7,03)	<p>Quelle est la principale raison pour laquelle vous faites cet autre travail ou activité?</p> <p>NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX.</p>	<p>je ne peux pas m'en sortir avec mon salaire principal 1</p> <p>le salaire horaire est mieux dans ce second emploi 2</p> <p>je peux gagner en expérience que je ne peux acquérir dans mon principal lieu de travail 3</p> <p>le deuxième emploi offre un meilleur environnement de travail 4</p> <p>j'ai la possibilité de consulter les patients non disponibles aux heures de travail 5</p> <p>je dispose de temps libre 6</p> <p>AUTRE, PRÉCISER: _____ 7</p>
(7,04)	Depuis combien de temps exercez vous ce travail ou cette activité secondaire? ENREGISTRER LE NOMBRE D'ANNÉES ET DE MOIS.	<p>a. ANS</p> <p>b. MOIS</p>
(7,05)	Combien d'heures avez-vous passé à cet autre travail pendant les 7 derniers jours?	NOMBRE D'HEURES PENDANT LES 7 DERNIERS JOURS
(7,06)	Quel est votre salaire mensuel net à cet autre emploi ? (prenez l'exemple du mois dernier)	FCFA

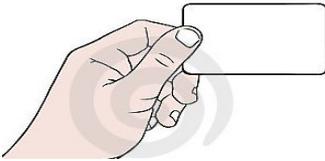


## (9) Satisfaction des agents de santé

Dans cette partie du questionnaire, j'aimerais vous poser des questions concernant votre degré de satisfaction par rapport au travail que vous effectuez à présent. Toutes les réponses sont confidentielles. Je vais vous lire un nombre de déclarations au sujet de votre degré de satisfaction par rapport au travail que vous effectuez à présent pour chacun des aspects, veuillez me dire à l'aide de ces cartes si vous êtes satisfaits (es), ni l'un ni l'autre, c'est à dire vous êtes indifférent ou pas satisfaits (es)



VEUILLEZ MONTRER ET DEMANDER DE CHOISIR LES CARTES COLORÉES ET NUMÉROTÉES

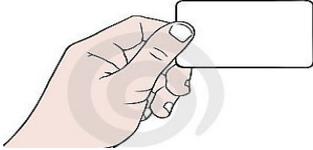


CODE DE LA RÉPONSE

SATISFAITS (ES)	1
NI L'UN, NI L'AUTRE, C-A-D-INDIFFÉRENT (E)	2
PAS SATISFAITS (ES)	3
NON APPLICABLE	4

(9,01)	Collaboration avec les autres formations sanitaires	
(9,02)	Collaboration avec le personnel du district / Ministère de la santé	
(9,03)	Collaboration avec la délégation régionale de la santé	
(9,04)	Collaboration avec l'équipe dirigeante de la Formation sanitaire	
(9,05)	La façon dont l'équipe dirigeante de ce centre de santé le gère	
(9,06)	Quantité de médicaments disponibles dans le centre de santé	
(9,07)	Qualité de médicaments disponibles dans le centre de santé	
(9,08)	Quantité d'équipements disponibles dans le centre de santé	
(9,09)	Qualité et état physique des équipements dans ce centre de santé	
(9,10)	Disponibilité de certains consommables dans le centre de santé (compresses, matériel de bureau, etc..)	
(9,11)	Qualité et état physique du bâtiment abritant ce centre de santé	
(9,12)	Votre capacité à fournir des soins de qualité au vu des conditions de travail dans ce centre	
(9,13)	Relations entre le centre de santé et les chefs traditionnels	
(9,14)	Le degré de respect que l'on vous accorde au sein de la communauté	
(9,15)	Les opportunités pour vous d'améliorer vos connaissances et aptitudes à travers les formations	
(9,16)	La chance de pouvoir débattre des questions de service avec votre superviseur le plus proche	
(9,17)	Le fait que votre superviseur le plus proche reconnaisse que vous faites du bon travail	
(9,18)	La chance de recevoir une reconnaissance après le dur labeur; financièrement ou d'une autre manière.	
(9,19)	L'opportunité d'utiliser vos aptitudes dans votre travail	
(9,20)	Votre salaire	
(9,21)	Vos avantages (tels que le logement, les frais de transport, les divers bonus y compris la prime de rendement, etc..)	
(9,22)	Vos chances de promotion	

(9,23)	La sécurité au sein de la communauté	
(9,24)	Le logement	
(9,25)	Possibilité de scolarisation pour vos enfants. SI PAS D'ENFANT, ECRIRE "NAP".	
(9,26)	En général quel est votre degré de satisfaction par rapport à votre travail?	

(10) Dynamisme personnel		
<p>Dans cette partie du questionnaire, j'aimerais m'entretenir avec vous au sujet de votre environnement de travail . Toutes les réponses sont confidentielles. Je vais vous lire une série de déclarations sur la collaboration avec vos collègues. Pour chacune d'elles, veuillez me dire si vous avez l'impression qu'elles sont vérifiées, la plupart du temps, plus de la moitié du temps, moins de la moitié du temps, rarement ou jamais.</p>		
		
<p>VEUILLEZ MONTRER ET DEMANDER DE CHOISIR LES CARTES COLORÉES ET NUMÉROTÉES</p>		
		<p><u>CODE DE LA RÉPONSE</u></p> <p>LA PLUPART DU TEMPS 1</p> <p>PLUS DE LA MOITIÉ DU TEMPS 2</p> <p>MOINS DE LA MOITIÉ DU TEMPS 3</p> <p>RAREMENT 4</p> <p>JAMAIS 5</p>
		<p>ENREGISTRER LE CODE DE LA RÉPONSE</p>
(10,01)	le personnel partage volontairement son expertise avec les autres collègues.	
(10,02)	Lorsqu'il y a des désaccords entre les collègues, ils agissent en pacificateurs et essaient de résoudre le problème.	
(10,03)	Les membres du staff s'entraident volontairement quand un des collègues prend du retard ou rencontre des difficultés dans le cadre de son travail.	
(10,04)	Le personnel se consulte mutuellement avant d'entreprendre toute action susceptible d'affecter les uns et les autres.	
(10,05)	Le personnel prend des mesures pour prévenir d'éventuels conflits pouvant naître parmi eux.	
(10,06)	Le personnel met l'accent sur ce qui ne marche pas au lieu de s'appesantir sur les aspects positifs.	
(10,07)	Le personnel passe du temps à commenter sur des sujets extra professionnels	
(10,08)	Le personnel passe du temps à se plaindre des problèmes professionnels	
(10,09)	Mon travail me donne la liberté d'organiser mes activités, les méthodes et approches à utiliser.	
(10,10)	Mes superviseurs me donnent assez d'autorité afin de mener à bien mon travail.	
(10,11)	Il est important pour moi que la communauté reconnaisse mon travail en tant que professionnel (le)	
(10,12)	Il est important pour moi que mes pairs reconnaissent mon travail en tant que professionnel (le)	
(10,13)	Il est facile de s'adapter aux changements au sein du centre de santé.	
(10,14)	Il est difficile de s'adapter aux changements brusques.	
(10,15)	Les changements sont une opportunité d'amélioration dans le centre.	
(10,16)	Mon travail me rend fier (e) de moi.	
(10,17)	Je suis fier (e) du travail que je fais dans cette formation.	
(10,18)	Je suis fier (e) de travailler dans ce centre de santé.	
(10,19)	Je suis fier (e) de travailler dans ce centre de santé et non pas dans d'autres de ce pays.	
(10,20)	J'aimerais travailler ailleurs que dans ce centre de santé.	
(10,21)	Ce centre de santé m'inspire à donner le mieux de moi au travail.	
(10,22)	J'accomplis mes tâches avec efficacité.	

(10,23)	Je suis un grand travailleur	
(10,24)	Je suis ponctuel (e) au travail.	
(10,25)	Ces jours-ci je suis motivé (e) de travailler aussi durement que je le peux.	
(10,26)	Mon centre est un lieu très personnel. C'est comme une seconde famille et on y partage énormément entre nous.	
(10,27)	Mon centre de santé est très dynamique et novateur. Les gens sont prêts à prendre des risques pour le travail bien fait.	
(10,28)	Mon centre de santé est très formel et structuré. Les politique et procédures sont importantes pour notre travail.	
(10,29)	Dans mon centre, le plus important c'est de réaliser les objectifs journaliers, faire notre travail. Les relations entre le personnel sont moins importantes.	
(10,30)	Le responsable de notre centre est un mentor, un modèle.	
(10,31)	Le responsable de mon centre est prêt à innover et à prendre des risques pour améliorer les choses.	
(10,32)	Le chef de mon centre dépend trop des politiques et des procédures.	
(10,33)	le chef de mon centre motive le personnel en vue de l'atteinte des objectifs.	
(10,34)	La loyauté et la tradition sont très importantes dans mon centre.	
(10,35)	L'innovation et le sens de la compétition sont très importantes dans mon centre.	
(10,36)	Le respect des procédures et des règles est très important dans mon centre.	
(10,37)	Dans mon centre, c'est très important de réaliser de bons résultats et atteindre un bon rendement.	

## (11) Innovation

Je vais à présent lire quelques exemples de situations susceptibles de se produire au centre de santé. Ces situations peuvent être vrai ou pas pour le centre de santé où vous travaillez. Pour chacune des situations, j'aimerais savoir quel genre d'action vous allez entreprendre. Toutes les réponses sont confidentielles.



SCENARIO		RÉPONSES POSSIBLES		INSCRIRE LES RÉPONSES	
(11,01)	<p>Si très peu de femmes dans la communauté viennent pour <u>les consultations prénatales</u>, que feriez-vous?</p> <p>NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. MENTIONNER UNE OU LES TROIS PRINCIPALES RAISONS DECLAREES PAR L'AGENT DE SANTE.</p>	11	RIEN. C'EST LE CHOIX DES FEMMES.	1ère	
		12	S'ENGAGER AVEC LES ACCOUCHEURS (SES) TRADITIONNELS		<input type="checkbox"/>
		13	OFFRIR DES MOTIVATIONS AUX ACCOUCHEURS (SES) TRADITIONNELS		<input type="checkbox"/>
		14	OFFRIR UNE MOTIVATION EN NATURE AUX FEMMES QUI VIENNENT EN CONSULTATION	2ème	<input type="checkbox"/>
		15	OFFRIR UNE MOTIVATION EN ESPÈCES AUX FEMMES QUI VIENNENT EN CONSULTATION		<input type="checkbox"/>
		16	TRAVAILLER AVEC LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE	3ème	<input type="checkbox"/>
		17	OFFRIR UNE MOTIVATION AUX AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE		<input type="checkbox"/>
		18	EN PARLER AVEC LES LEADERS COMMUNAUTAIRES AFIN QU'ILS CONVAINQUENT LES FEMMES.		<input type="checkbox"/>
		19	ORGANISER DES ACTIVITÉS DE SENSIBILISATION		<input type="checkbox"/>
		20	ORGANISER DES CPN EN STRATEGIE AVANCEE		
		97	Autre, précisez		
(11,02)	<p>Si très peu de femmes dans la communauté viennent pour <u>les accouchements</u>, que feriez-vous?</p> <p>NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. MENTIONNER UNE OU LES TROIS PRINCIPALES RAISONS DECLAREES PAR L'AGENT DE SANTE.</p>	11	RIEN. C'EST LE CHOIX DES FEMMES.	1ère	
		12	S'ENGAGER AVEC LES ACCOUCHEURS (SES) TRADITIONNELS		<input type="checkbox"/>
		13	OFFRIR DES MOTIVATIONS AUX ACCOUCHEURS (SES) TRADITIONNELS	2ème	<input type="checkbox"/>
		14	OFFRIR UNE MOTIVATION EN NATURE AUX FEMMES QUI VIENNENT EN CONSULTATION		<input type="checkbox"/>
		15	OFFRIR UNE MOTIVATION EN ESPÈCES AUX FEMMES QUI VIENNENT EN CONSULTATION	3ème	<input type="checkbox"/>
		16	TRAVAILLER AVEC LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE		<input type="checkbox"/>
		17	OFFRIR UNE MOTIVATION AUX AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE		<input type="checkbox"/>
		18	EN PARLER AVEC LES LEADERS COMMUNAUTAIRES AFIN QU'ILS CONVAINQUENT LES FEMMES.		<input type="checkbox"/>
		19	TRAVAILLER AVEC LES ASSOCIATIONS FEMININES		
		20	ORGANISER DES ACTIVITÉS DE SENSIBILISATION		
		97	Autre, précisez		

SCENARIO		RÉPONSES POSSIBLES		INSCRIRE LES RÉPONSES
(11,03)	<p>Si très peu de femmes dans la communauté viennent pour <u>les soins post partum</u>, que feriez-vous?</p> <p>NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. MENTIONNER UNE OU LES TROIS PRINCIPALES RAISONS DECLAREES PAR L'AGENT DE SANTE.</p>	11	RIEN. C'EST LE CHOIX DES FEMMES.	1ère
		12	S'ENGAGER AVEC LES ACCOUCHEURS (SES) TRADITIONNELS	<input type="checkbox"/>
		13	OFFRIR DES MOTIVATIONS AUX ACCOUCHEURS (SES) TRADITIONNELS	
		14	OFFRIR UNE MOTIVATION EN NATURE AUX FEMMES QUI VIENNENT EN CONSULTATION	2ème
		15	OFFRIR UNE MOTIVATION EN ESPÈCES AUX FEMMES QUI VIENNENT EN CONSULTATION	<input type="checkbox"/>
		16	TRAVAILLER AVEC LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE	
		17	OFFRIR UNE MOTIVATION AUX AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE	3ème
		18	EN PARLER AVEC LES LEADERS COMMUNAUTAIRES AFIN QU'ILS CONVAINQUENT LES FEMMES.	<input type="checkbox"/>
		19	TRAVAILLER AVEC LES ASSOCIATIONS FEMININES	
		20	ORGANISER DES ACTIVITÉS DE SENSIBILISATION	
		97	Autre, précisez	
(11,04)	<p>Si le centre de santé ne dispose pas de moyens de transport pour les patients en cas d'urgence. Que feriez-vous?</p> <p>NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. MENTIONNER UNE OU LES TROIS PRINCIPALES RAISONS DECLAREES PAR L'AGENT DE SANTE.</p>	11	RIEN. LE MALADE ET SA FAMILLE DOIVENT TROUVER LA SOLUTION.	1ère
		12	JOINDRE UN PARTICULIER OU UNE ENTREPRISE DANS LA COMMUNAUTÉ QUI POSSÈDE UN VÉHICULE	<input type="checkbox"/>
		13	ORGANISER UNE COLLECTE DE FONDS AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ POUR ACHETER UN VÉHICULE	
		14	CHERCHER DES FONDS AUPRES DU GOUVERNEMENT POUR ACHETER DES VEHICULES	2ème
		15	CHERCHER LES FONDS AU NIVEAU DES ONG POUR ACHETER UN VÉHICULE	<input type="checkbox"/>
		16	UTILISER LES FONDS DU CENTRE POUR ACHETER UN VÉHICULE	
		17	ORGANISER LE TRANSPORT COMMUNAUTAIRE DES URGENCES OBSTETRIQUES	3ème
		18	LES ENCOURAGER A UTILISER LE MOYEN DE TRANSPORT COMMUNAUTAIRE	<input type="checkbox"/>
		97	Autre, précisez	

SCENARIO			RÉPONSES POSSIBLES		INSCRIRE LES RÉPONSES
(11,05)	<p>Imaginez une situation où dans le centre, il n y a pas assez d'agents de santé pouvant satisfaire les besoins de la communauté. Que ferez-vous?</p> <p>NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. MENTIONNER UNE OU LES TROIS PRINCIPALES RAISONS DECLAREES PAR L'AGENT DE SANTE.</p>	11	RIEN. CECI NE RELEVE PAS DE LA RESPONSABILITE DU CENTRE		1ère
		12	ENTRER EN CONTACT AVEC LES INFIRMIERS (RES) A LA RETRAITE ET LES SAGES DE LA COMMUNAUTE		<input type="text"/>
		13	SOLLICITER DES AGENTS CONTRACTUELS D'AUTRES ETABLISSEMENTS, PUBLICS OU PRIVES		2ème
		14	FORMER LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE		<input type="text"/>
		15	FORMER D'AUTRES PERSONNES AFIN QU'ELLES JOUENT LE RÔLE DU PERSONNEL MÉDICAL		3ème
		16	FAIRE APPEL A L ÉQUIPE DE GESTION SANITAIRE DU DISTRICT POUR PLUS DE PERSONNEL		<input type="text"/>
		97	Autre, précisez		

## (12) CONNAISSANCES DU PERSONNEL

IL EST TRÈS IMPORTANT QUE L'AGENT DE SANTÉ N'AIT PAS ACCÈS À LA FICHE D'ENQUÊTE OÙ VOUS NOTEZ SES RÉPONSES. PLUSIEURS OPTIONS NE DEVRONT PAS ÊTRE LUES A HAUTE VOIX, D'OU L'IMPORTANCE DE LES CACHER QUAND CELA EST BIEN PRÉCISE, L'AGENT DE SANTE POURRA LIRE LES SCENARIS SUR LES CARTES PLASTIFIÉES. NE FAITES PAS VOIR CES CARTES A L'AGENT DE SANTE ET ENSUITE VOUS LE LAISSER ALLER S'OCCUPER DES MALADES EN CAS DE BESOIN, L'AGENT DE SANTE POURRA S'ÉLOIGNER MAIS APRES AVOIR RÉPONDU A TOUTES LES QUESTIONS CONCERNANT LE CAS DE FIGURE NE LE LAISSEZ PAS PARTIR AVEC LA QUESTION SUR UN CAS DE FIGURE AFIN QU'IL REVienne PAR LA SUITE REpondre AUX QUESTIONS SUR CE CAS; POSER LES QUESTIONS RELATIVES AU SCENARIO AVANT QU'IL/ELLE NE PARTE.

COMMENCEZ PAR LIRE LES PHRASES SUIVANTES A L'ATTENTION DES AGENTS DE SANTE

Les questions suivantes constituent une évaluation de vos connaissances des protocoles thérapeutiques élémentaires. Cette évaluation ne portera aucune incidence sur votre emploi au sein de cette formation sanitaire ou votre réputation d'agent de santé. il s'agit simplement d'un outil qui permettra au Ministère de la santé de recueillir des informations en vue d'améliorer la formation des agents de santé dans le futur. Je vais vous présenter des situations susceptibles de se présenter dans un hôpital. Veuillez répondre à ces questions au moyen de vos connaissances.



(12,01)	L'agent de santé est-il un médecin, médecin assistant ou infirmier (re)?	OUI	1	
		NON	2	
(12,02)	A combien de mois l'enfant doit-il recevoir les vaccins suivants?  ENQUÊTEUR : LISEZ LES NOMS DES VACCINS	A. BCG / VPO 0		SEMAINES
				MOIS
		B. VPO 1 / DTC 1- HepB1-Hib1 / Pneumo-13.1		SEMAINES
				MOIS
		C. VPO 2 / DTC 2- HepB2-Hib2 / Pneumo-13.2		SEMAINES
				MOIS
		D. VPO 3 / DTC 3- HepB3-Hib3 / Pneumo-13.3		SEMAINES
				MOIS
	E. Rougeole / Fièvre Jaune			SEMAINES
				MOIS
	F. Vitamine A			SEMAINES
				MOIS
(12,03)	Imaginez qu'une mère vous apporte son bébé âgé de 9 mois pour une vaccination de routine. Vous vous rendez compte que l'enfant fait de la fièvre, a la gorge rouge, et le rhume, mais ne montre pas de signe d'autres maladies. Allez-vous le vacciner?	OUI	1	
		NON	2	

LES QUESTIONS SUIVANTES CORRESPONDENT A DES SCÉNARIOS AUXQUELS L'AGENT DE SANTE POURRAIT AVOIR A FAIRE. LISEZ LES SCENARIOS ET LES QUESTIONS EXACTEMENT TELS QU'ILS ONT ÉTÉ FORMULÉS POUR CHACUN DES SCENARIO, IL Y A DES CARTES PLASTIFIÉES QUI DOIVENT ÊTRE REMISES A L'AGENT DE SANTE POUR QU'IL S'EN SERVE COMME RÉFÉRENCE AU MOMENT DE RÉPONDRE . NE PAS LIRE LES OPTIONS DE RÉPONSES. POUR CERTAINES QUESTIONS, PLUSIEURS RÉPONSES SONT POSSIBLES, DANS CE CAS, ENTOURER TOUTES LES RÉPONSES DONNÉES PAR L'AGENT DE SANTE. UNE FOIS QUE L'AGENT DE SANTE A FINI DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS, POSEZ LA QUESTION SUIVANTE: "AVEZ-VOUS AUTRE CHOSE A AJOUTER?" S'IL Y A DES RÉPONSES SUPPLÉMENTAIRES, NOTER LES CONVENABLEMENT SUR LA FICHE D'ENQUÊTE. FAITES ATTENTION. SUIVEZ BIEN LES SAUTS TELS QU'ILS SONT INDIQUÉS.

### Scénario 1

A présent, je vais vous lire le premier scénario.----- Une fillette âgée de 25 mois et pesant 10,5 kg est transportée au centre de santé parce que depuis le matin elle est endormie et on n'arrive pas à la réveiller. Elle n'a ni mangé ni bu depuis la veille. La mère vous répond que sa fille n'a pas vomit et n'a pas fait de convulsions mais fait de la diarrhée depuis 6 jours approximativement. Elle a également eu de la fièvre pendant 3 jours et le nez qui coulait. L'agent de santé a examiné l'enfant et a confirmé qu'elle était léthargique. L'agent de santé a également pincé la peau et le pli cutané s'est effacé très lentement. Il n'y a pas eu d'autres signes cliniques anormaux. La famille vit dans une zone à risque faible de paludisme et n'a pas voyagé récemment. Il n'y a pas de choléra dans cette zone à ce moment



BIEN VOULOIR REMETTRE A LA PERSONNE INTERROGÉE LA CARTE 1 QUI PORTE LE SCENARIO 1.

(12,04)	En supposant que tous les médicaments nécessaires sont disponibles au centre de santé, et qu'un hôpital de référence se trouve à une heure de vous, quelles sont TOUTES les actions que vous allez mener et / ou prescriptions que vous allez donner afin d'assurer un traitement approprié à cet enfant?	A.	DEMANDER QUE LE MALADE SOIT RÉFÉRÉ D'URGENCE A L'HÔPITAL	
		B.	LUI ADMINISTRER UN SOLUTÉ LACTATE RINGER OU SOLUTÉ SALE PAR VOIE IV	
		C.	LUI ADMINISTRER UN LIQUIDE PAR SONDE NASO-GASTRIQUE	
		D.	INJECTER UNE DOSE D'ANTIBIOTIQUE INJECTABLE	
		E.	INJECTER UNE DOSE D'UN SECOND ANTIBIOTIQUE	
		F.	PRESCRIRE UN ANTIBIOTIQUE INJECTABLE PENDANT CINQ (5) JOURS	
		G.	DONNER UNE DOSE D'UN ANTIBIOTIQUE PAR VOIE ORALE	
		h.	PRESCRIRE DES ANTIBIOTIQUES ORAUX PENDANT CINQ (5) JOURS	
		I.	INJECTER UNE DOSE DE QUININE	
		J.	DONNER UNE DOSE D'UN ANTIPALUDÉEN	
		K.	PRESCRIRE DE LA QUININE PENDANT CINQ (5) JOURS	
		L.	PRESCRIRE DES ANTIPALUDÉENS ORAUX PENDANT TROIS (3) JOURS	
		M.	ADMINISTRER DU SRO AU CENTRE DE SANTE	
		N.	CONSEILLER DE DONNER DU SRO SUR LE CHEMIN DE L'HÔPITAL	
		O.	PRESCRIRE DU SRO POUR LE TRAITEMENT A DOMICILE	
		P.	DONNER UNE DOSE D'ANTI-PYRETIQUE / ANTALGIQUE	
		Q.	PRESCRIRE D'UN ANTALGIQUE POUR LE TRAITEMENT	
		R.	DONNER UNE DOSE DE VITAMINE A	
		S.	PRENDRE DES MESURES REQUISES POUR ÉVITER L'HYPOGLYCÉMIE.	
T.	CONSEILLER DE POURSUIVRE L'ALLAITEMENT MATERNEL.			
U.	CONSEILLER DE DONNER DES ALIMENTS ET BOISSONS AUTRES QUE LE LAIT MATERNEL.			

NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER SI L'AGENT DE SANTE A DÉCLARÉ CETTE ACTION OUI PAS MENTIONNÉ.....1

NON MENTIONNÉ.....2

## Scénario 2

Je vais à présent vous lire le deuxième scénario.----- Un papa se présente au centre de santé avec son fils de 29 mois parce qu'il a de la fièvre depuis trois (03) jours et un écoulement d'oreille depuis la semaine dernière. L'enfant ne présente pas d'autres symptômes et vit dans une zone à faible risque de paludisme. L'agent de santé a découvert que la température de l'enfant est de 38,2°C et a constaté un écoulement à l'oreille droite. L'agent de santé a constaté que le cou de l'enfant était raide et une zone sensible derrière l'oreille droite. L'enfant a un poids normal et reçoit toutes les doses de vaccin pour son âge. Il n'y a pas d'autres découvertes cliniques anormales.



BIEN VOULOIR REMETTRE A LA PERSONNE INTERROGÉE LA CARTE 2 QUI PORTE LE SCENARIO 2.

<p>(12,05) En supposant que tous les médicaments nécessaires sont disponibles au centre de santé, et qu'un hôpital de référence se trouve à une heure de vous, quelles sont TOUTES les actions que vous allez mener et / ou prescriptions que vous allez donner afin d'assurer un traitement approprié à cet enfant?</p> <p style="text-align: center;">NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX.</p> <p>POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER SI L'AGENT DE SANTE A CITÉ CETTE ACTION OU PAS.</p> <p style="text-align: center;">MENTIONNÉ.....1</p> <p style="text-align: center;">NON MENTIONNÉ.....2</p>	A.	LE RÉFÉRER EN URGENCE VERS UN HÔPITAL.	
	B.	LUI ADMINISTRER UN SOLUTÉ LACTATE RINGER OU SOLUTÉ SALE PAR VOIE IV	
	C.	LUI ADMINISTRER UN LIQUIDE PAR SONDE NASO-GASTRIQUE	
	D.	INJECTER UNE DOSE D'ANTIBIOTIQUE INJECTABLE	
	E.	INJECTER UNE DOSE D'UN SECOND ANTIBIOTIQUE	
	F.	PRESCRIRE UN ANTIBIOTIQUE INJECTABLE PENDANT CINQ (5) JOURS	
	G.	DONNER UNE DOSE D'UN ANTIBIOTIQUE PAR VOIE ORALE	
	H.	PRESCRIRE DES ANTIBIOTIQUES ORAUX PENDANT CINQ (5) JOURS	
	I.	INJECTER UNE DOSE DE QUININE	
	J.	DONNER UNE DOSE D'UN ANTIPALUDÉEN	
	K.	PRESCRIRE DE LA QUININE PENDANT CINQ (5) JOURS	
	L.	PRESCRIRE DES ANTIPALUDÉENS ORAUX PENDANT TROIS (3) JOURS	
	M.	ADMINISTRER DU SRO AU CENTRE DE SANTE	
	N.	CONSEILLER DE DONNER DU SRO SUR LE CHEMIN DE L'HÔPITAL	
	O.	PRESCRIRE DU SRO POUR LE TRAITEMENT A DOMICILE	
	P.	DONNER UNE DOSE D'ANTI-PYRETIQUE / ANTALGIQUE	
	Q.	PRESCRIRE D'UN ANTALGIQUE POUR LE TRAITEMENT	
	R.	DONNER UNE DOSE DE VITAMINE A	
	S.	PRENDRE DES MESURES REQUISES POUR ÉVITER L'HYPOGLYCÉMIE.	
	T.	CONSEILLER DE POURSUIVRE L'ALLAITEMENT MATERNEL.	
U.	CONSEILLER DE DONNER DES ALIMENTS ET BOISSONS AUTRES QUE LE LAIT MATERNEL.		
V.	DEMANDER QUE L'ON METTE L'ENFANT AU CHAUD.		

### Scénario 3

Je vais à présent vous lire le troisième scénario.-----Une adolescente emmène sa jeune sœur âgée de 13 mois dans votre centre de santé. Elle déclare que sa sœur tousse depuis 5 jours et fait de la fièvre depuis la veille. Elle se souvient que sa sœur a eu une éruption cutanée généralisée il y a environ 1 mois et que les voisins au village avaient dit qu'elle souffrait de rougeole. Sa mère continue d'allaiter sa sœur au lait maternel. Il n'y a pas de paludisme dans la zone où ils vivent. L'agent de santé a pesé l'enfant (8,5kg) et pris sa température (38,8°C). Il a compté les battements cardiaques par minute et a constaté un tirage sous-costal. Pas d'autres découvertes cliniques anormales constatées. La carte de vaccination montre que l'enfant est complètement vacciné et a reçu de la vitamine A il y a 4 mois.



BIEN VOULOIR REMETTRE A LA PERSONNE INTERROGÉE LA CARTE 3 QUI PORTE LE SCENARIO 3.

<p>(12,06) En supposant que tous les médicaments nécessaires sont disponibles au centre de santé, et qu'un hôpital de référence se trouve à une heure de vous, quelles sont TOUTES les actions que vous allez mener et / ou prescriptions que vous allez donner afin d'assurer un traitement approprié à cet enfant?</p> <p style="text-align: center;">NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX.</p> <p>POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER SI L'AGENT DE SANTE A CITÉ CETTE ACTION OU PAS.</p> <p style="text-align: center;">MENTIONNÉ.....1</p> <p style="text-align: center;">NON MENTIONNÉ.....2</p>	A.	LE RÉFÉRER EN URGENCE VERS UN HÔPITAL.	
	B.	LUI ADMINISTRER UN SOLUTÉ LACTATE RINGER OU SOLUTÉ SALE PAR VOIE IV	
	C.	LUI ADMINISTRER UN LIQUIDE PAR SONDE NASO-GASTRIQUE	
	D.	INJECTER UNE DOSE D'ANTIBIOTIQUE INJECTABLE	
	E.	INJECTER UNE DOSE D'UN SECOND ANTIBIOTIQUE	
	F.	PRESCRIRE UN ANTIBIOTIQUE INJECTABLE PENDANT CINQ (5) JOURS	
	G.	DONNER UNE DOSE D'UN ANTIBIOTIQUE PAR VOIE ORALE	
	h.	PRESCRIRE DES ANTIBIOTIQUES ORAUX PENDANT CINQ (5) JOURS	
	I.	INJECTER UNE DOSE DE QUININE	
	J.	DONNER UNE DOSE D'UN ANTIPALUDÉEN	
	K.	PRESCRIRE DE LA QUININE PENDANT CINQ (5) JOURS	
	L.	PRESCRIRE DES ANTIPALUDÉENS ORAUX PENDANT TROIS (3) JOURS	
	M.	ADMINISTRER DU SRO AU CENTRE DE SANTE	
	N.	CONSEILLER DE DONNER DU SRO SUR LE CHEMIN DE L'HÔPITAL	
	O.	PRESCRIRE DU SRO POUR LE TRAITEMENT A DOMICILE	
	P.	DONNER UNE DOSE D'ANTI-PYRETIQUE / ANTALGIQUE	
	Q.	PRESCRIRE D'UN ANTALGIQUE POUR LE TRAITEMENT	
	R.	DONNER UNE DOSE DE VITAMINE A	
S.	PRENDRE DES MESURES REQUISES POUR ÉVITER L'HYPOGLYCÉMIE.		
T.	CONSEILLER DE POURSUIVRE L'ALLAITEMENT MATERNEL.		
U.	CONSEILLER DE DONNER DES ALIMENTS ET BOISSONS AUTRES QUE LE LAIT MATERNEL.		
V.	DEMANDER QUE L'ON METTE L'ENFANT AU CHAUD.		

### Scénario 4

A présent je vais vous lire le quatrième scénario.-----On vous apporte un garçon d'un (01) mois parce que depuis quelques temps il tousse et ne bois pas bien. L'enfant n'a pas fait de convulsions ni de diarrhée. Il se réveille difficilement, est léthargique et a froid. Sa respiration est bruyante et rapide, il a 64 battements par minute. Vous constatez un tirage sous-costal et vous entendez un son pénible et sifflant dans sa poitrine..

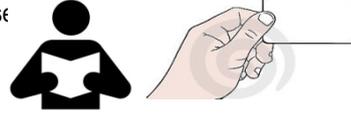


BIEN VOULOIR REMETTRE A LA PERSONNE INTERROGÉE LA CARTE 4 QUI PORTE LE SCENARIO 4.

<p>(12,07) En supposant que tous les médicaments nécessaires sont disponibles au centre de santé, et qu'un hôpital de référence se trouve à une heure de vous, quelles sont TOUTES les actions que vous allez mener et / ou prescriptions que vous allez donner afin d'assurer un traitement approprié à cet enfant?</p> <p style="text-align: center;">NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX.</p> <p>POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER SI L'AGENT DE SANTE A CITÉ CETTE ACTION OU PAS.</p> <p style="text-align: center;">MENTIONNÉ.....1</p> <p style="text-align: center;">NON MENTIONNÉ.....2</p>	A.	LE RÉFÉRER EN URGENCE VERS UN HÔPITAL.	
	B.	LUI ADMINISTRER UN SOLUTÉ LACTATE RINGER OU SOLUTÉ SALE PAR VOIE IV	
	C.	LUI ADMINISTRER UN LIQUIDE PAR SONDE NASO-GASTRIQUE	
	D.	INJECTER UNE DOSE D'ANTIBIOTIQUE INJECTABLE	
	E.	INJECTER UNE DOSE D'UN SECOND ANTIBIOTIQUE	
	F.	PRESCRIRE UN ANTIBIOTIQUE INJECTABLE PENDANT CINQ (5) JOURS	
	G.	DONNER UNE DOSE D'UN ANTIBIOTIQUE PAR VOIE ORALE	
	h.	PRESCRIRE DES ANTIBIOTIQUES ORAUX PENDANT CINQ (5) JOURS	
	I.	INJECTER UNE DOSE DE QUININE	
	J.	DONNER UNE DOSE D'UN ANTIPALUDÉEN	
	K.	PRESCRIRE DE LA QUININE PENDANT CINQ (5) JOURS	
	L.	PRESCRIRE DES ANTIPALUDÉENS ORAUX PENDANT TROIS (3) JOURS	
	M.	ADMINISTRER DU SRO AU CENTRE DE SANTE	
	N.	CONSEILLER DE DONNER DU SRO SUR LE CHEMIN DE L'HÔPITAL	
	O.	PRESCRIRE DU SRO POUR LE TRAITEMENT A DOMICILE	
	P.	DONNER UNE DOSE D'ANTI-PYRETIQUE / ANTALGIQUE	
	Q.	PRESCRIRE D'UN ANTALGIQUE POUR LE TRAITEMENT	
	R.	DONNER UNE DOSE DE VITAMINE A	
	S.	PRENDRE DES MESURES REQUISES POUR ÉVITER L'HYPOGLYCÉMIE.	
	T.	CONSEILLER DE POURSUIVRE L'ALLAITEMENT	
U.	CONSEILLER DE DONNER DES ALIMENTS ET BOISSONS AUTRES QUE LE LAIT MATERNEL.		
V.	DEMANDER QUE L'ON METTE L'ENFANT AU CHAUD.		

### Scénario 5

je vais vous lire le cinquième scénario.-----Mme. Salima a 16 ans. Elle est enceinte de 30 semaines et est venue en consultation prénatale trois fois. Tout était dans les limites normales jusqu'à la dernière visite prénatale il y a 1 semaine. Lors de cette visite, il a découvert que sa tension artérielle était de 130/90 mm Hg. Ses urines ne contenaient pas de protéines. Les battements cardiaques du fœtus étaient normaux, le fœtus était actif et la taille de l'utérus correspondait aux dates. Elle est venue au centre de santé aujourd'hui comme on le lui a demandé, pour le suivi. Les principales découvertes sont les suivantes: Proteinuria 2+; tension 130/90 mm Hg; Pas de maux de tête, troubles de la vision, douleurs à la partie supérieure de l'abdomen, convulsions, ni perte de conscience; Le fœtus est actif et ses battements de cœur sont normaux; et la taille de l'utérus correspond aux dates de la grossesse

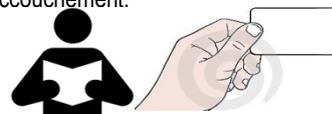


BIEN VOULOIR REMETTRE A LA PERSONNE INTERROGÉE LA CARTE 5 QUI PORTE LE SCENARIO 5.

(12,08)	<p>En conseillant Mme Salima à propos des signes alarmants, quels signes lui demanderez-vous d'observer et qui signifieront qu'elle doit aller au centre de santé / hôpital immédiatement, de jour ou de nuit, <u>sans</u> toutefois attendre?</p> <p style="text-align: center;">NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX.</p> <p style="text-align: center;">POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER SI L'AGENT DE SANTE A CITÉ CETTE ACTION OU PAS.</p> <p style="text-align: center;">MENTIONNÉ.....1</p> <p style="text-align: center;">NON MENTIONNÉ.....2</p>	A.	SAIGNEMENTS VAGINAUX	
		B.	CONVULSIONS	
		C.	MAUX DE TÊTE SÉVÈRES OU TROUBLES DE LA VISION	
		D.	FIÈVRE ET TROP FAIBLE POUR SE LEVER DU LIT	
		E.	DOULEURS ABDOMINALES SÉVÈRES	
		F.	RESPIRATION RAPIDE OU DIFFICILE	
		G.	FIÈVRE (SEULE )	
		h.	DOULEURS ABDOMINALES	
		I.	SE SENT MALADE	
		J.	VISAGE, DOIGTS, PIEDS ENFLÉS	

## Scénario 6

Je vais vous lire le sixième scénario.-----Mme Farida a eu une deuxième étape prolongée de travail. Son bébé a présenté un état de souffrance fœtale et elle a accouché aux forceps. Il est flasque et ne respire pas spontanément à l'accouchement.



BIEN VOULOIR REMETTRE A LA PERSONNE INTERROGÉE LA CARTE 6 QUI PORTE LE SCENARIO 6.

(12,09)	<p>Décrivez toutes les actions que vous allez entreprendre pour réanimer le bébé pendant qu'il ne respire pas.</p> <p style="text-align: center;">NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX.</p> <p>POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER SI L'AGENT DE SANTE A CITÉ CETTE ACTION OU PAS.</p> <p style="text-align: center;">MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2</p>	A.	GARDER LE BÉBÉ AU CHAUD.	
		B.	PINCER ET COUPER LE CORDON SI NECESSAIRE.	
		C.	TRANSFÉRER LE BÉBÉ SUR UNE SURFACE SÈCHE, PROPRE ET CHAUDE.	
		D.	INFORMER LA MÈRE QUE LE BÉBÉ A DES DIFFICULTÉS A RESPIRER ET QUE VOUS ALLEZ AIDER LE BÉBÉ AFIN QU'IL RESPIRE	
		E.	GARDER LE BÉBÉ ENVELOPPÉ (ET SI POSSIBLE SOUS UN APPAREIL DE CHAUFFAGE)	
		F.	OUVRIR LES VOIES D'AÉRATION.	
		G.	POSITIONNER SA TÊTE DE FAÇON A CE QU'IL SOIT LÉGÈREMENT ÉTENDU.	
		h.	ASPIRER D'ABORD LA BOUCHE ET ENSUITE LE NEZ.	
		I.	RÉPÉTER L'ASPIRATION SI NÉCESSAIRE	
		J.	VENTILER LE BÉBÉ	
		K.	PLACER UN MASQUE POUR COUVRIR LE MENTON, LA BOUCHE ET LE NEZ (AFIN DE FORMER UN CAPUCHON)	
		L.	PRESSER LE MASQUE 2 OU 3 FOIS ET VÉRIFIER SI LA POITRINE SE SOULÈVE	
		M.	SI LA POITRINE NE SE SOULÈVE PAS	
		N.	VÉRIFIER LA POSITION DE LA TÊTE ET REPOSITIONNER LA SI NÉCESSAIRE	
		M.	VÉRIFIER LE BOUCHON DU MASQUE ET SCELLER DE NOUVEAU SI NÉCESSAIRE	
		O.	PRESSER LE MASQUE 40 PRESSIONS PAR MINUTE (PENDANT 20 MINUTES) JUSQU'À CE QUE LE NOUVEAU NE COMMENCE A RESPIRER OU PLEURER.	
(12,10)	<p>Malheureusement, si après 20 minutes de ventilation, le bébé A ne commence pas à respirer ou à haleter?</p> <p style="text-align: center;">NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER SI L'AGENT DE SANTE A</p>	A.	ARRÊTER LES TENTATIVES DE RÉANIMATION (LE BÉBÉ EST DÉCÉDÉ)	
		B.	EXPLIQUER CE QUI S'EST PASSÉ A LA MÈRE	
		C.	ADMINISTRER DES SOINS DE SOUTIEN ET RÉCONFORTER LA MÈRE(E.X. LUI PERMETTRE DE TENIR SON BÉBÉ)	
		D.	ENREGISTRER LE CAS	

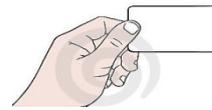
COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTEUR

### (13) Vignettes portant sur les protocoles

J'aimerais à présent m'entretenir avec vous de certaines situations susceptibles de se présenter au centre de santé. Ces situations peuvent être vrai ou pas pour le centre de santé où vous travaillez. Pour chacune des situations, j'aimerais savoir quel genre d'action vous allez entreprendre. Toutes les réponses sont confidentielles. Tout d'abord, j'aimerais qu'on parle des visites prénatales. je vais lire la situation et ensuite vous demander ce que vous ferez.



Mme SIBESO, une femme mariée âgée de 26 ans, vient de s'installer dans la localité et vient vous voir pour la première fois. Elle est visiblement enceinte et déclare n'avoir pas encore reçu de soins prénataux pour cette grossesse. Pouvez vous me dire quelles sont les questions que vous allez poser à Mme SIBESO, et quelles actions allez-vous entreprendre.



QUESTIONS		RÉPONSES POSSIBLES		INSCRIRE LES RÉPONSES
(13,01)	<p>Quelles sont les questions que vous allez poser à Mme Sibeso sur ses grossesses <u>antérieures</u>?</p> <p>NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER SI L'AGENT DE SANTE A DÉCLARÉ CETTE ACTION OU PAS.</p> <p>MENTIONNÉ.....1</p> <p>NON MENTIONNÉ.....2</p>	A	NOMBRE DE GESTATIONS	
		B	NOMBRE DE NAISSANCE	
		C	NOMBRE D'AVORTEMENTS SPONTANÉS / MORT-NÉS / NOMBRE D'AVORTEMENTS PROVOQUÉS	
		D	Y A-T-IL EU DES SAIGNEMENTS PENDANT LE DERNIER TRAVAIL?	
		E	COMMENT EST CE QUE LE DERNIER ENFANT EST-IL NÉ? (VOIES NATURELLES? CESARIENNE? FORCEPS?)	
		F	POIDS A LA NAISSANCE DU DERNIER ENFANT	
		G	ANTÉCÉDENTS D'ANOMALIES GÉNÉTIQUES	
		H	VACCINATION CONTRE LE TÉTANOS?	
(13,02)	<p>Quelles sont les questions que vous allez poser à Mme Sibeso sur sa grossesse <u>actuelle</u>?</p> <p>NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER SI L'AGENT DE SANTE A DÉCLARÉ CETTE ACTION OU PAS.</p> <p>MENTIONNÉ.....1</p> <p>NON MENTIONNÉ.....2</p>	A	DATE DES DERNIÈRES RÈGLES?	
		B	AVEZ VOUS UN QUELCONQUE PROBLÈME DE SANTE EN CE MOM	
		C	SENTEZ VOUS DES CONTRACTIONS?	
		D	AVEZ VOUS DES SAIGNEMENTS VAGINAUX?	
		E	PERTE / GAIN DE POIDS ?	
		F	NAUSÉE OU VOMISSEMENT?	
		G	PRENEZ VOUS DES MÉDICAMENTS ACTUELLEMENT?	
		H	VACCINATION CONTRE LE TÉTANOS?	

QUESTIONS		RÉPONSES POSSIBLES		INSCRIRE LES RÉPONSES
(13,03)	<p>Quelles sont les questions que vous allez poser à Mme Sibeso sur ses antécédents médicaux ?</p> <p>NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER SI L'AGENT DE SANTE A DÉCLARÉ CETTE ACTION OU PAS.</p> <p>MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2</p>	A	AVEZ VOUS UN ANTÉCÉDENT DE TENSION ARTÉRIELLE?	
		B	ANTÉCÉDENT DE DIABÈTE?	
		C	ANTÉCÉDENTS D' IST Y COMPRIS LE VIH?	
		D	UTILISATION DE DIU OU CONTRACEPTIFS?	
		E	TEST DE PAP?	
		F	MALADIE CARDIAQUE, DU FOIE, PALUDISME, GOITRE?	
		G	ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MALADIES HÉRÉDITAIRES?	
		H	ALLERGIES A UN MEDICAMENT?	
		I	FUMEUR ACTUEL OU PAR LE PASSÉ?	
		J	ANTÉCÉDENT DE CONSOMMATION D'ALCOOL?	
		K	ANTÉCÉDENT DE CONSOMMATION DE DROGUE ILLICITE?	
		L	GRUPE SANGUIN ET COMPATIBILITÉ CROISÉE	
(13,04)	<p>Quels sont les examens physiques que vous allez passer à Mme Sibeso ?</p> <p>NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER SI L'AGENT DE SANTE A DÉCLARÉ CETTE ACTION OU PAS.</p> <p>MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2</p>	A	TAILLE	
		B	POIDS	
		C	PRESSION ARTÉRIELLE	
		D	TEMPERATURE	
		E	FRÉQUENCE RESPIRATOIRE	
		F	PALPER L'ABDOMEN	
		G	ÉCOUTER LES BATTEMENTS DE CŒUR DU FŒTUS	
		H	EXAMEN PELVIEN	
		I	CONTRÔLER LES OEDEMES ET GONFLEMENTS	
		J	MESURER LA TAILLE DE L'UTÉRUS	
		K	ADMINISTRER L'ANA-TOXINE TÉTANIQUE	
(13,05)	<p>Quel sont les examens de laboratoire que vous ferez faire à Mme Sibeso ?</p> <p>NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER SI L'AGENT DE SANTE A DÉCLARÉ CETTE ACTION OU PAS.</p> <p>MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2</p>	A	TESTS DE GROSSESSE	
		B	TEST D'HÉMOGLOBINE	
		C	RECHERCHE DU DIABÈTE DANS LES URINES	
		D	PROTÉINE DANS L'URINE	
		E	ULTRASON	
		F	NUMÉRATION GLOBULAIRE PLAQUETTAIRE	
		G	ENZYMES HEPATIQUES	
		H	URÉE ET CRÉATININE	
		I	TEST VIH	
		J	RECHERCHE DES IST - SYPHILLIS ET/OU GONORRHÉE	
		K	ANTICORPS CONTRE LA RUBÉOLE	
		L	GRUPE SANGUIN ET COMPATIBILITÉ CROISÉE	

QUESTIONS		RÉPONSES POSSIBLES		INSCRIRE LES RÉPONSES
(13,06)	<p>Qu'allez-vous <u>prescrire/ donner</u> à Mme Sibeso, en attendant le résultat des examens ?</p> <p>NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER SI L'AGENT DE SANTE A DÉCLARÉ CETTE ACTION OU PAS.</p> <p>MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2</p>	A	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDES	
		B	FER/ SUPPLÉMENT D'ACIDE FOLIQUE	
		C	TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME	
(13,07)	<p>Quels types de <u>conseils</u> allez vous donner à Mme Sibeso?</p> <p>NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER SI L'AGENT DE SANTE A DÉCLARÉ CETTE ACTION OU PAS.</p> <p>MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2</p>	A	Nutrition	
		B	FER/ SUPPLÉMENT D'ACIDE FOLIQUE	
		C	SIGNES ALARMANTS D'APPEL D'URGENCE A L'AIDE	
		D	ALLAITEMENT MATERNEL	
		E	CONTRACEPTION	
		F	Conseil et Dépistage Volontaire (CDV) DU VIH	
		G	UTILISATION D'UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE	
(13,08)	<p>Quelle <u>action de suivi</u> allez vous entreprendre pour Mme Sibeso?</p> <p>NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER SI L'AGENT DE SANTE A DÉCLARÉ CETTE ACTION OU PAS.</p> <p>MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2</p>	A	REEMPLIR UNE CARTE DE CONSULTATIONS PRENATALES	
		B	PROGRAMMER UNE AUTRE CONSULTATION PRÉNATALE	
		C	PROGRAMMER UN ACCOUCHEMENT EN MILIEU HOSPITALIER	

THANK YOU FOR YOUR TIME