

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix- Travail- Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

**EVALUATION DE LA PHASE PILOTE DE L'APPROCHE INTEGREE
COMMUNAUTAIRE DANS LA REGION DU NORD EN 2012**

Les informations collectées au cours de cette enquête sont strictement confidentielles au terme de la loi N° 91/023 du 16 décembre 1991 sur les recensements et enquêtes statistiques.

Questionnaire Bénéficiaire

0. IDENTIFICATION			1. RENSEIGNEMENTS GENERAUX		
001	DISTRICT DE SANTE 1=Pitoa 2=Lagdo	<input type="checkbox"/>	101	NOMBRE TOTAL DE PERSONNES DANS LE MENAGE	<input type="checkbox"/>
002	AIRE DE SANTE 1= Lamoudam 2= Mayo Bocki 3= Bakona 4= Badjouma Centre 5= Boula Ibib 6= Langui	<input type="checkbox"/>	102	NOMBRE D'ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DANS LE MENAGE	<input type="checkbox"/>
003	VILLAGE/QUARTIER DE VILLE/LOCALITE	<input type="checkbox"/>	103	NOMBRE DE FEMMES DE 15 A 49 ANS DANS LE MENAGE	<input type="checkbox"/>
004	NUMERO DU MENAGE DANS LE VILLAGE	<input type="checkbox"/>	104	NOMBRE DE FEMMES ENCEINTES DANS LE MENAGE	<input type="checkbox"/>
005	RESULTAT DE L'INTERVIEW: 1=Entièrement rempli 2=Partiellement rempli pour indisponibilité 3=Partiellement rempli pour refus 4=Autre à préciser.....	<input type="checkbox"/>	105	NOMBRE DES FEMMES EN POST-PARTUM IMMEDIAT DANS LE MENAGE	<input type="checkbox"/>
2. RENSEIGNEMENTS SUR LA COLLECTE			3. RENSEIGNEMENTS SUR LA SAISIE		
201	ENQUETEUR : _____	<input type="checkbox"/>	301	CONTROLEUR DE SAISIE : _____	<input type="checkbox"/>
202	SUPERVISEUR : _____	<input type="checkbox"/>	302	AGENT DE SAISIE : _____	<input type="checkbox"/>
203	DATE D'ENQUETE : _ _ _ _ _ _ _ _2_ _0_ _1_ _2_		303	DATE DE SAISIE _ _ _ _ _ _ _ _2_ _0_ _1_ _2_	

OBSERVATIONS

PRATIQUE EN MATIERE D'INTERVENTIONS CHEZ LES ENFANTS : PMIE

	<i>Nom et prénom</i> <i>Listez tous les membres du ménage</i>										
PMIE00	<i>Numéro d'ordre</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PMIE01	Age de (nom) EN ANNEE REVOLUE	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
PMIE02	Sexe de (nom) 1=Masculin 2=Féminin	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□
PMIE03	(Nom) a-t-il été malade au cours des 12 derniers mois ? 1=Oui 2=Non <i>aller à PMIE06</i>	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□
PMIE04	De quoi a souffert (Nom) ? 1=Oui 2=Non <i>Considérez le cas le plus récent si l'individu a souffert plusieurs fois de la même maladie au cours de la période</i>	Fièvre/Paludisme simple	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□
		Diarrhée	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□
		Maladie respiratoire	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□
		Autres maladies	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□
PMIE05	Qu'avez-vous fait ? 1=Amener à l'hôpital de moi-même 2= Référer à l'hôpital avec appui d'un ARC 3=Amener chez le tradipraticien/guérisseur traditionnel 4=Automédication (moderne) 5=Décoction et écorce 6=Prise en charge par un ARC 7= Respect des consignes d'un ARC 8=Autre (<i>à préciser</i>)	Fièvre/Paludisme simple	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□
		Diarrhée	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□
		Maladie respiratoire	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□
		Autres maladies	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□
<i>PMIE06 à PMIE14 concernent les enfants de moins de 5 ans</i>											
PMIE06	Numéro d'ordre de la mère biologique de (nom) <i>00 si elle n'est pas en vie ou ne vit pas dans le ménage</i>	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
PMIE07	Où est né (nom) ? 1=A l'hôpital 2=A la maison 3=Chez un accoucheur traditionnel 4=Chez un personnel de santé 5= Autre (<i>à préciser</i>)	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□
PMIE08	Quel mode d'allaitement a été pratiqué pour (nom) ? 1=Allaitement mixte 2=Allaitement maternel exclusif pendant au moins 6 mois 3= Allaitement maternel exclusif pendant moins 6 mois 4=Autre	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□	□□

PMIE00	Numéro d'ordre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PMIE09	Quel aliment donnez-vous à (Nom) ? 1=Oui 2=Non	Lait maternel	<input type="checkbox"/>								
		Bouillie de maïs/riz/mil	<input type="checkbox"/>								
		Bouillie de soja	<input type="checkbox"/>								
		Autre bouillie	<input type="checkbox"/>								
		Lait pour bébé	<input type="checkbox"/>								
	Autre	<input type="checkbox"/>									
PMIE10	Avez-vous eu des conseils auprès de l'ARC pour l'alimentation de (nom) ? 1=Oui 2=Non	<input type="checkbox"/>									
PMIE11	(Nom) a-t-il reçu tous les vaccins de son âge ? 1=Oui preuve 2=Oui sans preuve 3=Non 4=Jamais aller à PMIE14	<input type="checkbox"/>									
PMIE12	Où avez-vous vacciné (nom) la dernière fois ? 1=Jamais vacciné 2= Au Centre de santé 3= Lors d'une campagne de vaccination 4= Par une équipe venue dans votre village ou dans un village voisin 5=Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>									
PMIE13	Qui vous a motivé à vacciner (nom) ? 1=Moi-même 2=Un parent ou proche 3=Un personnel de santé 4=Un ARC 5= Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>									
PMIE14	(Nom) a-t-il passé la nuit précédente dans une moustiquaire ? 1=Oui Moustiquaire distribuée lors de la récente campagne MILDA/MII 2=Oui moustiquaire achetée au marché 3= Oui moustiquaire achetée au CS 4=Non avec moustiquaire utilisée par d'autres personnes dans le ménage 5=Non pas de moustiquaire dans le ménage	<input type="checkbox"/>									
Pour les femmes âgées de 15 à 49 ans											
PMIE15	Êtes-vous enceinte actuellement ? 1=Oui 2=Non aller à PMIE17	<input type="checkbox"/>									
PMIE16	Si oui, combien de mois de grossesse ?	<input type="text"/>									
PMIE17	Avez-vous déjà accouché ? 1=Oui 2=Non	<input type="checkbox"/>									
Filtre	-Si la femme n'a jamais accouché (PMIE17=2) et n'est pas enceinte (PMIE15=2) alors passez au module CG ou membre suivant -Si elle est à sa première grossesse (PMIE15=1et n'a pas encore accouché PMIE17=2) alors passez à PMIE21B										
PMIE18	A quand remonte votre dernier accouchement ? (en mois) -Si 11 mois ou plus, passez au module CG ou membre suivant	<input type="text"/>									
PMIE19	Où avez-vous accouché votre dernier bébé ? 1=Hôpital 2=A domicile, assistée par un parent 3=A domicile, assistée par une accoucheuse traditionnelle 4=Chez l'accoucheuse traditionnelle 5=Autre	<input type="checkbox"/>									

PMIE00	Numéro d'ordre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PMIE20	Avez-vous pris de la vitamine A les jours qui ont suivi l'accouchement (en post partum) ? 1=Oui 2=Non	<input type="checkbox"/>									
PMIE21	Pratiquez-vous ou allez-vous pratiquer l'allaitement maternel exclusif ? 1=Oui, jusqu'à 6 mois 2= Oui jusqu'à moins de 6 mois 3=Non l'allaitement mixte 4=Allaitement artificiel	<input type="checkbox"/>									
PMIE22	Avez-vous reçu des conseils ou informations sur ce que vous donnez ou donnerez plus tard à votre enfant de moins de 6 mois et plus de 6 mois ? 1=Oui par ARC 2=Oui par un personnel de santé 3=Oui par un proche 4=Non	<input type="checkbox"/>									
PMIE23	Avez-vous reçu la visite de l'ARC après votre accouchement ? 1=Oui 2=Non	<input type="checkbox"/>									
PMIE24	Avez-vous suivi toutes vos consultations prénatales au cours de votre dernière grossesse ? 1=Oui carnet vu 2= Oui carnet non vu 3=Non aller à PMIE26	<input type="checkbox"/>									
PMIE25	Qui vous a motivé ? 1=Moi-même 2=Un parent ou proche 3=Un personnel de santé 4=Un ARC 5= Autre (à préciser)_____	<input type="checkbox"/>									
PMIE26	Avez-vous reçu les comprimés contre le paludisme (traitement préventif ? 1=Oui 2=Non aller à PMIE29	<input type="checkbox"/>									
PMIE27	Si oui, combien de fois avez-vous reçu ces comprimés au cours de votre dernière grossesse ?	<input type="checkbox"/>									
PMIE28	Où l'avez-vous reçu la dernière fois ? 1=A l'hôpital 2=Lors d'une campagne 3=Chez l'ARC 4= Autre (à préciser)_____	<input type="checkbox"/>									
PMIE29	Avez-vous été vaccinée contre le tétanos ? 1=Oui preuve (carte/ carnet) 2=Oui sans preuve 3=Non aller au module CG ou membre suivant	<input type="checkbox"/>									
PMIE30	Si oui, combien de fois avez-vous reçu le vaccin contre le tétanos ?	<input type="checkbox"/>									
PMIE31	Qui vous a motivé ? 1=Moi-même 2=Un parent ou proche 3=Un personnel de santé 4=Un ARC 5= Autre (à préciser)_____	<input type="checkbox"/>									

CARACTERISTIQUES GENERALES : CG		
CG01	Principal matériau du sol de cette maison : <i>Enregistrer l'observation.</i> 1=Ciment 2=Carreaux 3=Planche en bois 4=Terre 5=Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>
CG02	Principal matériau du toit : <i>Enregistrer l'observation ; Pour un bâtiment en étage, considérer le dernier niveau.</i> 1=Pas de toit 2=Ciment 3=Tôle /tuile 4=Natte /Chaume/feuille 5=Terre 6=Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>
CG03	Principal matériau des murs : <i>Enregistrer l'observation</i> 1=Pas de murs 2=Béton/parpaing/brique cuite 3=Pierre de taille 4=Planche 5=Carobot 6=Terre/brique simple 7=Pisé/terre battue 8=Natte/chaume feuille 9=Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>
CG04	Dans votre ménage, quel est le principal mode d'éclairage utilisé? 1=Électricité 2=Groupe électrogène 3=Energie solaire 4=Lampe à pétrole 5=Torche 6=Bougie 7=Feu de bois 8=Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>
CG05	Dans votre ménage, quel type de combustible utilisez-vous principalement pour la cuisine? 1=Électricité 2=Gaz naturel 3=Bio-gaz 4=Pétrole lampant 5=Charbon de bois 6=Bois de chauffe 7=Sciure/copeau 8=Paille/branchages/herbes 9=Bouse/fiente. 10=Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>
CG06	Quelle est la principale source d'eau que boivent les membres de votre ménage ? 1=Eau du robinet dans le logement 2=Eau du robinet dans la cour/parcelle 3=Robinet public/borne fontaine/forage 4=Puits protégé 5=Puits non protégé 6=Eau de source aménagée 7=Eau de source non aménagée 8=Eau de pluie 9=Citerne /Camion-citerne 10=Charrette avec petite citerne/tonneau 11=Eau de surface (rivière, ruisseau, barrage, lac, mare, canal, rigole d'irrigation)... 12=Eau en bouteille 13=Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>
CG07	Faites-vous quelque chose pour traiter l'eau que vous buvez ? 1=Oui 2=Non	<input type="checkbox"/>
CG08	Si oui, que faites-vous ? 1=Bouillir 2=Javelliser 3=Chauffer au soleil 4=Filtrer 5=Autre (à préciser) _____	<input type="checkbox"/>
CG09	Qui vous a appris à traiter l'eau de cette façon ? 1=A l'école 2=Personnel de santé 3=ARC 4=ONG 5=Voisin/ami/connaissance 6=NSP 7=Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>
CG10	Habituellement, quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils? <i>Si « Chasse d'eau » ou « chasse manuelle », Insister: Par où passent les eaux des toilettes?</i> <i>Il est nécessaire, de la permission pour voir les toilettes.</i> 1=Pas de toilettes ou brousse ou champ 2=Chasse d'eau / chasse manuelle branchée à l'égout 3=Chasse d'eau / chasse manuelle branchée à fosse septique ou latrines 4=Chasse d'eau / chasse manuelle branchée à endroit inconnu ou Pas sûr/NSP 5=Latrines améliorées auto aérées 6=Latrines traditionnelles 7=Toilettes à compostage 8=Seaux/tinettes 9=Toil. suspendues/latrines suspendues 10=Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>
CG11	Que faites-vous pour évacuer vos eaux sales ? 1=Oui 2=Non	Dans la brousse <input type="checkbox"/>
		Au champ <input type="checkbox"/>
		Dans la fosse/latrine <input type="checkbox"/>
		Autre (à préciser) _____ <input type="checkbox"/>
CG12	Que faites-vous pour évacuer vos ordures ménagères ? 1=Oui 2=Non	Dans la brousse <input type="checkbox"/>
		Au champ comme fumure <input type="checkbox"/>
		Dans la fosse/latrine <input type="checkbox"/>
		Brûle <input type="checkbox"/>
Autre (à préciser) _____ <input type="checkbox"/>		
CG13	Dans votre ménage, comment lavez-vous les mains ? 1=Ne lave pas les mains aller à CG15 2=Seulement quand je me baigne 3=Seulement avec de l'eau 4=Parfois avec de l'eau et du savon ou la cendre 5= Toujours avec de l'eau et du savon ou la cendre 6=Autre _____	<input type="checkbox"/>
CG14	A quels moments les lavez-vous avec de l'eau et du savon ou de la cendre? 1=Oui 2=Non <i>Ne pas suggérer de réponse et laisser l'enquête répondre jusqu'au bout de son inspiration</i>	La sortie des latrines <input type="checkbox"/>
		Avant de manger <input type="checkbox"/>
		Avant de donner à manger à l'enfant <input type="checkbox"/>
		Après changement des couches de l'enfant <input type="checkbox"/>
Après avoir manipulé l'argent <input type="checkbox"/>		
CG15	A quelle distance du ménage se trouve la formation sanitaire la plus proche ? (en km) <i>Inscrire 998 pour NSP</i>	<input type="checkbox"/>

INFORMATION SUR LE PAQUET D'INTERVENTIONS : IPI			
IPI01	Connaissez-vous l'agent de relais communautaire (ARC) de votre communauté/village ? 1=Oui 2=Non aller à IPI05	□□	
IPI02	Si oui, est-il de votre communauté/village ? 1=Oui 2=Non	□□	
IPI03	Savez-vous comment il a été choisi pour cette fonction ? 1=Oui 2=Non aller à IPI05	□□	
IPI04	Si oui, décrivez le processus _____ _____	□□□	
IPI05	Avez-vous déjà reçu la visite d'un ARC ? 1=Oui 2=Non aller au module suivant	□□	
IPI06	Dans quel cadre avez-vous eu cette visite ? 1=Oui 2=Non	Formation / causerie / conseils	□□
		Prise en charge des cas de maladie	□□
		Hygiène et assainissement	□□
		Vaccination	□□
	Autre (à préciser) _____	□□	
IPI07	Si conseils, sur quels sujets a porté les conseils ?		
	1 _____		□□□
	2 _____		□□□
	3 _____		□□□
	4 _____		□□□
	5 _____		□□□
	6 _____		□□□
IPI08	Si maladie, de quoi était-il question ?		
	1 _____		□□□
	2 _____		□□□
	3 _____		□□□
	4 _____		□□□
	5 _____		□□□
	6 _____		□□□
IPI09	A quand remonte la dernière visite d'un ARC dans votre ménage ? (mois et année)	Mois □□□ Année □□□□	

Codes IPI07 : 1=Allaitement maternel et continu 2=Moustiquaires imprégnées d'insecticides 3=Alimentation complet appropriée
4=Supplémentation en zinc (prévention) 5=Accouchement dans les conditions propres 6=Vaccination Hib 7=Eau, assainissement et hygiène
8=Traitement stéroïde antenatal 9=Supplémentation en vitamine A 10=Vaccination tétanos 11=Gestion de la température du nouveau né
12=Traitement névirapine et changement d'alimentation 13=Antibiotiques pour les ruptures prématurées de membranes 14=TPI contre le
paludisme au cours de la grossesse 15=Vaccin contre la rougeole 16=Autre_____

Codes IPI08 : 1=Thérapie de réhydratation orale 2=Antibiotique contre la pneumonie 3= Antibiotique contre la septicémie 4=Traitement
anti paludéen 5=Prise en charge de la malnutrition aigüe 6=Ressuscitation du nouveau né 7=Traitement zinc 8=Anti biotique pour dysenterie
9=Autre_____

RELATION ET SATISFACTION SUR LE PAQUET D'INTERVENTIONS : RSPI		
RSPI01	<p><i>Si IPI05=1</i>, Etes-vous satisfait du travail de l'agent relais communautaire de votre communauté/village ?</p> <p>1=Oui 2=Non aller à RSPI03</p>	_
RSPI02	<p>Si oui, quelles sont vos raisons ?</p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p>	_ _ _ _ _ _
RSPI03	<p>Si non, quelles sont vos raisons ?</p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p>	_ _ _ _ _ _
RSPI04	<p>Souhaiteriez-vous que l'agent relais communautaire de votre communauté/village continue ce travail ?</p> <p>1=Oui 2=Non</p>	_
RSPI04	<p>Que proposerez-vous pour améliorer l'impact des interventions de ces ARC sur les populations de votre communauté ?</p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p>	_ _ _ _ _ _