

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 ARC**

0. IDENTIFICATION			1. RENSEIGNEMENTS GENERAUX		
001	DISTRICT DE SANTE 1=Pitoa 2=Lagdo	<input type="checkbox"/>	101	NOM DE L'ARC	
002	AIRE DE SANTE 1= Lamoudam 2= Mayo Bocki 3= Bakona 4= Badjouma Centre 5= Boula Ibib 6= Langui	<input type="checkbox"/>	102	SEXE DE L'ARC 1= Masculin 2= Féminin	<input type="checkbox"/>
003	VILLAGE/QUARTIER DE VILLE/LOCALITE	<input type="checkbox"/>	103	AGE DE L'ARC (en années révolues) <i>NSP=98 ; Si âge ≥ 95 inscrire 95</i>	<input type="checkbox"/>
004	NUMERO DE L'ARC	<input type="checkbox"/>	104	Niveau d'instruction de l'ARC 1=Aucun 2=Primaire 3=Secondaire 1er cycle 4=Secondaire 2nd cycle 5=Supérieur	<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	Type de formation de l'ARC 1=Générale 2=Technicien en santé 3=Autre technique	<input type="checkbox"/>
			106	Religion de l'ARC 1=Catholique 2=Protestant 3=Musulman 4=Autres	<input type="checkbox"/>
			107	Statut matrimonial de l'ARC 1=Célibataire 2=Mariée monogame 3=Marié polygame 5=Union libre 6=Veuf/divorcé	<input type="checkbox"/>
			108	Autre activité de l'ARC 1=Rien 2=Agent de la santé 3=Commerçant 4=Agriculteur/éleveur 5=Autre	<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**

CARACTERISTIQUES GENERALES : CG		
CG01	Depuis quand exercez-vous comme ARC ? (en mois et année)	Mois  _ _  Année  _ _ _ _
CG02	Comment avez-vous été informé pour ce travail ? 1=Radio 2=Télévision 3=Note/correspondance/avis de recrutement 4=Proche/ami/connaissance 5=Autorité traditionnelle 6= Chef de centre de santé du DS 7=Autre _____	_
CG03	Comment avez-vous été retenu pour ce travail ? Décrivez la procédure SVP _____ _____	_ _
CG04	De la formation que vous avez reçue, en quoi consiste pour vous, votre travail ? _____ _____ _____	_ _
CG05	Continuez-vous d'exercer cette activité d'ARC dans ce projet ? 1=Oui aller à PMI01 2=Non	_
CG06	Si non, à quand remonte votre dernière activité comme ARC dans ce projet ? (Mois et année)	Mois  _ _  Année  _ _ _ _
CG07	Pourquoi avez-vous arrêté d'exercer comme ARC dans ce projet ? _____ _____ _____	_ _

RELATIONS ENTRE LE PERSONNEL DE SANTE ET L'ARC : PMI		
PMI01	Recevez-vous la supervision pour ce travail ? 1=Oui 2=Non aller à PMI10	_
PMI02	De qui ? 1=Personnel de santé FS 2=Responsable de l'AS 3=Autre _____	_
PMI03	Est-elle régulière ? 1=Oui 2=Non	_
PMI04	Suivant quelle périodicité ? 1=Toutes les semaines 2=Toutes les 2 semaines 3=Tous les mois 4=Tous les 2 mois 5=Trimestre 6=Autre _____	_
PMI05	Combien de fois avez-vous été supervisé ces 6 derniers mois ?	_ _
PMI06	Comment jugez-vous ce nombre de supervision? 1=Suffisant aller à PMI08 2=Insuffisant	_
PMI07	Si insuffisant, quelles sont d'après vous les raisons pouvant expliquer cette faible supervision ? _____ _____ _____	_ _   _ _   _ _
PMI08	A quand remonte la dernière supervision que vous avez reçue ? (mois et année)	Mois  _ _  Année  _ _ _ _

PMI09	Quelles sont vos attentes de ces supervisions: contenu, régularité... ? _____ _____ _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
PMI10	Participez-vous aux activités en stratégies avancées ? 1=Oui 2=Non <i>aller à PMI14</i>		<input type="checkbox"/>	
PMI11	Si oui, pour quelles prestations ? 1=Oui 2=Non	Vaccination	<input type="checkbox"/>	
		Consultations prénatales	<input type="checkbox"/>	
		Autres	<input type="checkbox"/>	
PMI12	Combien de stratégies avancées ont été organisées et effectivement tenues depuis les 6 derniers mois dans la communauté où vous travaillez ?	Organisée	<input type="checkbox"/>	
		Tenue	<input type="checkbox"/>	
PMI13	Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans le cadre de l'organisation de ces stratégies avancées par le centre de santé ? 1= Rupture de médicaments et intrants (produits) pendant la stratégie 2= Insuffisance du personnel de santé 3= Mauvais état de la route qui mène au village 4= Report de l'activité par le personnel de santé sans vous informer 5= Refus des populations à participer à l'activité 6= Moment fixé par le personnel de santé non conforme à la disponibilité des populations 7=Autre (à préciser)_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>FORMATION</b>				
PMI14	Avez-vous été formé pour mener les activités qu'on vous a confiées ? 1=Oui 2=Non <i>aller à PMI17</i>		<input type="checkbox"/>	
PMI15	Quand ?	<i>Inscrivez le code du mois et l'année</i>	Code mois <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Année <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
PMI16	A-Quels sont les sujets abordés lors de la formation ?  1=Oui 2=Non  B-Estimez-vous qu'il y a certains de ces sujets qui ne sont pas importants dans la communauté où vous exercez ?  1=Oui 2=Non  <i>Ne pas suggérer de réponse</i>		<b>A</b>	<b>B</b>
		Allaitement maternel et continu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Moustiquaires imprégnées d'insecticides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Alimentation complémentaire appropriée chez l'enfant de plus de 6 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Accouchement dans les conditions propres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Calendrier vaccinal de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Vaccination de la femme enceinte contre le tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Supplémentation en vitamine A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Eau, assainissement et hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Prise de médicaments contre le paludisme au cours de la grossesse (TPI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Traitement des cas simples de diarrhée avec la SRO et du zinc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Traitement cas simples de toux avec des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Traitement des cas simples de paludisme simple chez les enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dépistage et référence de la malnutrition chez les enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Réalisation des tests de dépistage du paludisme TDR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement de l'anémie chez les femmes enceintes (Fer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Orientation des femmes enceintes pour la CPN et les accouchements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Référence des cas graves de maladies chez l'enfant de moins de 5 ans vers le centre de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PMI17	Parvenez-vous à faire adopter les bonnes pratiques qu'on vous a enseignées, aux populations ? 1=Oui 2=Non <i>aller à PMI19</i>		<input type="checkbox"/>	
PMI18	Si oui, comment procédez-vous ? 1= Visite à domicile (VAD) 2= Causerie éducative 3= Conseils 4= Sensibilisation de l'autorité traditionnelle locale qui relaye l'information aux populations (Plaidoyer) 5= Autre (à préciser) <i>aller à PMI20</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

PMI19	Si non, qu'est ce qui bloque ? 1 _____ 2 _____ 3 _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>MOTIVATION</b>			
PMI20	Quelles motivations recevez-vous dans le cadre de l'exercice de cette activité ? 1=Oui 2=Non  <i>Ne pas suggérer de réponse</i>	Bénéficiez-vous gratuitement des prestations payantes telles que la CPN, la Vaccination, l'accouchement assisté, le PF	<input type="checkbox"/>
		Choix prioritaire en cas d'activité rémunérée (participation aux campagnes de masse, réunion, sensibilisation)	<input type="checkbox"/>
		Bénéfices issus de la cession des médicaments même minimes qu'ils seraient	<input type="checkbox"/>
		Participation aux Formations/ recyclages	<input type="checkbox"/>
		Soutien des collectivités locales (mairies, collectivités territoriales)	<input type="checkbox"/>
		Contribution des communautés elles-mêmes	<input type="checkbox"/>
		Consultation gratuite du relai, de son ou ses épouses légitimes et de ses enfants propres,	<input type="checkbox"/>
		Invitation aux activités de santé,	<input type="checkbox"/>
		Réduction d'un pourcentage donné sur les examens de laboratoire,	<input type="checkbox"/>
		Prime aux meilleurs relais sur la base de leurs performances (accouchement),	<input type="checkbox"/>
		Délivrance des badges et dotation en matériel de travail,	<input type="checkbox"/>
Reconnaissance dans de la communauté,	<input type="checkbox"/>		
PMI21	Etes-vous satisfait de la motivation que vous bénéficiez dans le cadre de cette activité ? 1=Oui <b>aller à PMI23</b> 2=Non		<input type="checkbox"/>
PMI22	Pourquoi n'êtes-vous pas satisfait ? 1 _____ 2 _____ 3 _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PMI23	Quel moyen de transport disposez-vous pour ce travail ? 1=Vélo du projet 2=Mon propre vélo 4=Ma moto 5=Mon véhicule 6=Aucun		<input type="checkbox"/>
<b>GESTION DES MEDICAMENTS</b>			<b>Nombre</b>
PMI24	Pouvez-vous nous donner la liste initiale de médicaments essentiels mis à votre disposition dans le cadre de votre travail ?  <i>Cocher le médicament et enregistrer le nombre de comprimés (voir le manuel pour les unités à utiliser) puis le prix (en FCFA)</i>	Artesunate Amodiaquine comp 25 + 67,5 mg (dose) (ACT ROSE)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Artesunate Amodiaquine comp 50 + 135 mg (dose) (ACT VIOLET)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Artesunate Amodiaquine comp 100+ 270 mg (dose) adultes. (ACT JAUNE)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Paracetamol 100 mg comprimé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Paracetamol 500mg comprimé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		SRO à faible osmolarité	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Sulfadoxine Pyrimetamine (SP) comp	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Mebendazole 500mg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Cotrimoxazole 120 mg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Cotrimoxazole 480 mg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Fer / acide folique (protocole)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vitamine A 100.000UI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Vitamine A 200.000UI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<b>Prix</b>	

PMI25	Pouvons-nous voir les médicaments que vous avez actuellement ?  <i>Cocher et Enregistrer le nombre de comprimés</i>	Artesunate Amodiaquine comp 25 + 67,5 mg (dose))	□□□□□
		Artesunate Amodiaquine comp 50 + 135 mg (dose)	□□□□□
		Artesunate Amodiaquine comp 100+ 270 mg (dose) adultes.	□□□□□
		Paracetamol 100 mg comprimé	□□□□□
		Paracetamol 500mg comprimé	□□□□□
		SRO à faible osmolarité	□□□□□
		Sulfadoxine Pyrimetamine (SP) comp	□□□□□
		Mebendazole 500mg	□□□□□
		Cotrimoxazole 120 mg	□□□□□
		Cotrimoxazole 480 mg	□□□□□
		Fer / acide folique (protocole)	□□□□□
		Vitamine A 100.000UI	□□□□□
		Vitamine A 200.000UI	□□□□□
PMI26	Avez-vous connu des ruptures de médicaments essentiels depuis le début de l'activité ? 1=Oui 2=Non	Artesunate Amodiaquine comp 25 + 67,5 mg (dose))	□
		Artesunate Amodiaquine comp 50 + 135 mg (dose)	□
		Artesunate Amodiaquine comp 100+ 270 mg (dose) adultes.	□
		Paracetamol 100 mg comprimé	□
		Paracetamol 500mg comprimé	□
		SRO à faible osmolarité	□
		Sulfadoxine Pyrimetamine (SP) comp	□
		Mebendazole 500mg	□
		Cotrimoxazole 120 mg	□
		Cotrimoxazole 480 mg	□
		Fer / acide folique (protocole)	□
		Vitamine A 100.000UI	□
		Vitamine A 200.000UI	□
PMI27	Si rupture, quelles sont/étaient les causes de rupture ?		□□□
	1 _____		□□□
	2 _____		□□□
PMI28	Rencontrez-vous des difficultés d'accès aux médicaments et intrants dans le cadre du projet ? 1=Oui 2=Non <i>aller à SI01</i>		□
	3 _____		□□□
	3 _____		□□□
PMI29	Si oui, lesquelles ?		□□□
	1 _____		□□□
	2 _____		□□□
3 _____		□□□	

SYSTEME D'INFORMATION : SI												
SI01	Disposez-vous des documents suivants ?  1=Oui avec preuve      2=Oui sans preuve 3=Non  <i>Chercher à voir ces documents qui pourront vous servir à renseigner le tableau ci-dessous</i>		Registre de consultation des enfants de moins de 5 ans									<input type="checkbox"/>
			Fiche de consultation des adultes et enfant de + de 5 ans									<input type="checkbox"/>
			Fiche de rapport journalier des activités de communication									<input type="checkbox"/>
			Fiche de suivi de consommation des médicaments									<input type="checkbox"/>
			Fiche de synthèse mensuelle des activités									<input type="checkbox"/>
			Fiche de référence et contre référence									<input type="checkbox"/>
			Fiche pour les activités de communication									<input type="checkbox"/>
Autres _____												<input type="checkbox"/>
SI02	Remplissez-vous régulièrement ces documents ? 1=Oui tous <b>allez à SI04</b> 2=Oui certains      3=Non											<input type="checkbox"/>
SI03	Si certains ou non, pourquoi ? 1 _____ 2 _____ 3 _____											<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SI04	Puis-je avoir des données sur vos actions depuis le début du projet ? <i>S'inspirer des fiches de collecte disponibles</i>											
Mois	sept-11	oct-11	nov-11	déc-11	janv-12	févr-12	mars-12	avr-12	mai-12	juin-12	juil-12	août-12
Nombre d'enfants de moins de 5 ans traités pour paludisme simple												
Nombre d'enfants de moins de 5 ans traités pour diarrhée simple												
Nombre d'enfants de moins de 5 ans référés pour toux, fièvre et ou respiration rapide												
Nombre de personnes de plus de 5 ans traitées pour paludisme simple												
Nombre de personnes de plus de 5 ans traitées pour diarrhée simple												
Nombre de personnes de plus de 5 ans et adultes référés référées												
Nombre de femmes enceintes orientées vers le centre de santé contre-référés												
SI05	Si vous avez eu des cas de femmes enceintes contre-référées, avez-vous eu des consignes en retour de la part de l'infirmier du centre de santé ? 1=Toujours    2=Quelques fois    3=Jamais											<input type="checkbox"/>

SI06	Puis-je avoir des données sur vos sorties de médicaments depuis le début du projet ? <i>S'inspirer des fiches de collecte disponibles</i> <i>Nombre de doses/comprimés sortis</i>											
	sept-11	oct-11	nov-11	déc-11	janv-12	févr-12	mars-12	avr-12	mai-12	juin-12	juil-12	août-12
Artesunate Amodiaquine comp 25 + 67,5 mg (dose)												
Artesunate Amodiaquine comp 50 + 135 mg (dose)												
Artesunate Amodiaquine comp 100+ 270 mg (dose) adultes.												
Paracetamol 100 mg comprimé												
Paracetamol 500mg comprimé												
SRO à faible osmolarité												
Sulfadoxine Pyrimetamine (SP) comp												
Mebendazole 500mg												
Cotrimoxazole 120 mg												
Cotrimoxazole 480 mg												
Fer / acide folique (protocole)												
Vitamine A 100.000UI												
Vitamine A 200.000UI												

RELATION ET SATISFACTION SUR LE PAQUET D'INTERVENTIONS : RSPI		
RSPI01	Etes-vous satisfait du travail que vous effectuez ? 1=Oui 2=Non <i>aller à RSPI03</i>	<input type="checkbox"/>
RSPI02	Si oui, quelles sont vos raisons ?	
	1 _____	<input type="checkbox"/>
	2 _____	<input type="checkbox"/>
	3 _____	<input type="checkbox"/>
	<i>aller à RSPI04</i>	
RSPI03	Si non, quelles sont vos raisons ?	
	1 _____	<input type="checkbox"/>
	2 _____	<input type="checkbox"/>
	3 _____	<input type="checkbox"/>
RSPI04	Souhaiteriez-vous continuer ce travail ? 1=Oui 2=Non	<input type="checkbox"/>
RSPI05	Que proposerez-vous pour améliorer l'impact des interventions des ARC sur les populations de votre communauté ?	
	1 _____	<input type="checkbox"/>
	2 _____	<input type="checkbox"/>
	3 _____	<input type="checkbox"/>