

**FOLLOW UP OF THE SICK  
CHILD IN NIGER:  
STUDY PREPARATIONS**

March 25-April 11 1997

Colette Geslin  
Lauren Blum  
Patrick Kelly

Technical Directive No. 000-NG-01-015  
USAID Contract Number: HRN-6006-C-00-3031-00

## TABLE OF CONTENTS

### ACRONYMS

EXECUTIVE SUMMARY .....	1
I. BACKGROUND .....	4
II. TERMS OF REFERENCE .....	5
III. SUMMARY OF LITERATURE SEARCH .....	5
IV. SURVEY OBJECTIVES .....	7
V. TRIP ACTIVITIES .....	8
VI. TRIP RESULTS .....	9
VII. NEXT STEPS .....	13
VIII. PEOPLE CONTACTED .....	14
IX. DOCUMENTS CONSULTED IN NIAMEY .....	15
X. ANNOTATED BIBLIOGRAPHY .....	16

### APPENDIXES

APPENDIX A	LISTE DES INDICATEURS CLES
APPENDIX B	QUESTIONNAIRES
APPENDIX C	PROFILES SANITAIRES DES DISTRICTS
APPENDIX D	REPARTITION DES MOTIFS DE CONSULTATION
APPENDIX E	COMPARAISON DES ORDINOGRAMMES SPT/PCC EVALUATION DU MOTIF DE TOUX/DIFFICULTE RESPIRATOIRE
APPENDIX F	GUIDE DE FORMATION
APPENDIX G	ORGANISATION DE L'ENQUETE
APPENDIX H	LISTE DES FICHIERS ECRITS POUR L'ORDINATEUR

## ACRONYMS

<b>ARI</b>	Acute Respiratory Infection
<b>BASICS</b>	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
<b>CCM</b>	Combined Case Management
<b>DHS</b>	Demographic and Health Survey
<b>EPIINFO</b>	(Statistical Analysis Computer Program)
<b>IMCI</b>	Integrated Management of Childhood Illness
<b>IMR</b>	Infant Mortality Rate
<b>MOH</b>	Ministry of Health
<b>QAP</b>	Quality Assurance Project
<b>SEMAN</b>	Suivi de l'Enfant Malade au Niger (Follow-up of the Sick Child in Niger)
<b>SPT</b>	Stratégies-Plainte-Traitement (Strategies-Complaint-Treatment)
<b>URC</b>	University Research Corporation
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development

## EXECUTIVE SUMMARY

"For most children, the quality of care they receive at home, at the onset of illness and in follow up to contact with a health professional, is likely to be the most important contributor to their health and survival."

### BASICS-PATHWAY TO SURVIVAL

To date BASICS health facility surveys have examined the problems of access to health services, the quality of the services delivered, and their effectiveness as measured by maternal knowledge. This is the first time that the focus is to be on health status of the child a few days after the medical visit. The two key questions we seek to answer are, "Do sick children get better after being seen and treated by a health professional, and what treatment do mothers actually give at home?"

The terms of reference of this mission called for a literature search prior to arrival in country, and working with USAID, Nigerian counterparts, and BASICS/QAP to finalize the study design.

## MISSION ACHIEVEMENTS

The achievements of the mission include the following—

### A. Definition of Survey Objectives And Research Questions

1. Overall objective: Document the effectiveness of case management of the major childhood diseases (ARI, malaria, diarrhea and measles).
2. Specific objectives:
  - a. Follow the evolution of the health status of children under-5-years of age for whom ambulatory treatment is started.
  - b. Compare two approaches currently used in Niger: Combined case management and stratégies - Complaint - Treatment.
  - c. Evaluate the compliance of mothers with treatments prescribed by health agents.
  - d. Contribute to the development of monitoring tools that can improve the quality of care in health centers and at home.
3. Specific research questions:
  - a. What is the evolution of the health status of a child two to three days after a visit to a health center? What are favorable and detrimental factors?
  - b. Was maternal care at home in compliance with the recommended therapy? What are favorable and detrimental factors?

✓

- c. Among the detrimental factors, which important ones can we identify that may be amenable to improvement through an 18 month public health program?

## **B. Definition of Survey Methodology**

1. Sites: Three districts to be included:
  - a. Dosso/Boboie: Combined case management/cost recovery.
  - b. Maradi/Guidan Roumji: SPT/Bamako Initiative.
  - c. Tahoua/Birni N'Konni: Future Model District.
2. Sample Size:
  - a. At least 100 (hopefully  $\geq 120$ ) children followed per district.
    1. Interviews and child examinations at health centers for mothers who return for scheduled follow-up visits in two to three days.
    2. Visits to homes of a subset of those who do not return for scheduled follow-up visits.
3. Choice of health centers (easy access and high volume):
  1. Boboie (6/10).
  2. Guidan Roumji (6/7).
  3. Birni N'Konni (6/7).

## **C. Human Resources**

1. Personnel identified and recruited.
  - a. Principal Researcher: Dr. Mahamane Karki.
  - b. Qualitative Research Coordinator: Marthe Diarra.
2. Other personnel needs identified:
  - a. Each district will have a supervisor.
  - b. Nine teams: each consisting of one team leader (experienced clinician), one clinician, two female communicators, one chauffeur.
  - c. Total needs: 3 supervisors, 9 team leaders, 9 clinicians, 18 communicators, 9 chauffeurs, 3 data entry technicians.

## **D. Material Resources**

1. At least nine vehicles: jerricans, gas/diesel coupons.
2. Equipment for each team.
  - a. Medical: Salter scales, thermometers, timers, some medicines (Chloroquin, Aspirin, Cotrimoxazol).
  - b. Survey materials: Pencils, pencil sharpeners, erasers, folders, sacks to protect papers from rain, etc.

- c. Lodging: cots, mattresses, flashlights, mosquito nets, lamps, cooking utensils, etc.

**E. Survey Time Line**

- |    |  |                     |
|----|--|---------------------|
| 1. | Consultants' visit to Washington for discussions with BASICS/URC | 10 March - 12 March |
| 2. | Consultants' mission to Niger                                    | 25 March - 11 April |
| 3. | Finalization of preparations                                     | 12 April - 4 May    |
| 4. | Training in Niamey   | 5 May - 9 May       |
| 5. | Data collection and start of data entry in Epi Info              | 12 May - 24 May     |
| 6. | Data verification/analyses and initial interpretation            | 26 May - 29 May     |
| 7. | Presentation of preliminary results                              | 30 May              |
| 8. | Draft report   | 13 June             |

**NEXT STEPS**

Niamey - BASICS representative and collaborators

- ▶ Contracts for two local researchers.
- ▶ Recruitment and hiring of other study personnel.
- ▶ Administrative matters.
  - ▶ Official letters.
  - ▶ Visit to meet with health personnel in the three districts.
- ▶ Acquisition of necessary materials.
- ▶ Finalization of budget.
- ▶ Workshop for the presentation of the results of the health facility survey in December 1996.
- ▶ Finalization of preparations for the training.

BASICS - Technical Division (Patrick Kelly)

- ▶ Finalization of computer files for data entry, coding, analysis, and dummy tables.

## **I. BACKGROUND**

From 1993 to 1996, the BASICS project worked in two districts (Boboye and Say) with the goal of strengthening management capacity in order to increase child survival. Specific results included 1) the development of training materials for the combined case management of the major childhood illnesses, and 2) support for integrated supervision and the use of quality assurance tools for the resolution of problems.

In order to evaluate the effectiveness of therapy initiated at health centers combined with the application of advice given to mothers, BASICS and USAID/Niger have decided to implement a study for the follow up of sick children. This evaluation will be useful for several reasons:

- ▶ It is an integral part of the process of improving local capacity to manage and follow primary health care programs.
- ▶ Information will be generated that will be useful for the development of strategies and approaches for future training.
- ▶ The study will enable USAID and BASICS to complete the evaluation of project activities to date.
- ▶ Generated data will provide a baseline for the monitoring and evaluation of future project interventions.

### **Problem Definition**

Niger has one of the highest child mortality rates in the world: IMR=123/1000 live births. Given its mandate to help strengthen the quality of case management of sick children, BASICS has developed several tools:

- ▶ A conceptual model of the Pathway to Survival.
- ▶ Quantification of the pathway to childhood deaths (Bolivia).
- ▶ Health facility surveys to evaluate access, and quality of care and effectiveness as measured by maternal knowledge.

To date, BASICS health facility surveys<sup>1</sup> have examined the problems of access to health services, and quality of the services delivered and their effectiveness as measured by maternal knowledge. This is the first time that the focus is to be on health status of the child a few days after the medical visit. The two key questions we seek to answer are, "Do sick children get better

---

1. Such surveys have been done in Eritrea, Ethiopia, Madagascar, Niger, Pakistan, and Senegal.

7

after being seen and treated by a health professional, and what treatment do mothers actually give at home?"

## **II. TERMS OF REFERENCE**

The terms of reference of this mission called for working with USAID, Nigerian counterparts, and BASICS/QAP to finalize the study design. Specific objectives included the following:

1. Review relevant literature related to follow-up evaluation of sick children and the qualitative and quantitative assessment of caretaker compliance.
2. Conceptualize the research design.
3. Develop, test, and provide the guidelines for the use of the instruments to be used.
4. Define key indicators to be measured.
5. Assist in the recruitment of two local principal researchers to participate in the planning and execution of the study.
6. Assist in other aspects of planning, including administrative arrangements, recruitment of necessary personnel, timing of activities, logistics, and budget.

## **III. SUMMARY OF LITERATURE SEARCH**

An extensive literature review was conducted in the United States prior to departure for Niger. Specifically, the consultants gathered and reviewed materials related to compliance to medical regimens and ways to measure clinical outcomes subsequent to treatment. The articles provided the consultants with a broad range of information, including theoretical perspectives on compliance, operational definitions, measurement methods, variables that constrain or enhance adherence to medical treatment, and measures of corresponding clinical outcomes.

The literature reviewed illustrates that studies on compliance are generally conducted from a biomedical rather than an emic perspective (from the patient's point of view). Therefore, when investigating compliance, researchers have conducted research under the presumption that the health worker's diagnosis is accurate and the therapy is efficacious.

Compliance is ideally defined as adherence to the recommended administration (dosage, duration, and time) of a prescribed medication. However, the definition may vary according to

the diseases under study and corresponding treatment and the context in which the study is undertaken. The overall level of adherence to medical regimens tends to be low in both developing and so-called developed countries.

Methods of measuring compliance include self-reports, behavioral measures, and biochemical tests—all of which have certain limitations. While self-reporting facilitates the collection of both qualitative and quantitative data, constraints to this method include over-reporting and poor recall. Behavioral measures may include appointment keeping, evaluating medicine taken (e.g., pill or bottle counts), or observations.

Although these methods allow for direct measures of adherence, appointment keeping is limited to studies conducted in health centers, and pill/bottle counting fails to measure the dosage and timing of administration. While direct observation is generally reliable, it is also extremely time consuming and logistically difficult. In regard to biomedical tests, not all drugs can be detected in the urine or blood, the tests only measure the most recent dosage, and methods require laboratory facilities. Clearly, available resources, cost, and time constraints guide the choice of research methods and influence the definition of compliance.

The research indicates that there are multiple factors that can inhibit compliance to treatment. In a review of 37 empirical studies conducted in the developing world, Homedes and Ugalde (1993) found that the most common reason for low adherence was related to poor communication between the health provider and the patient. A lack of understanding seems to be greater in the developing world where extreme socio-economic, educational, and cultural differences tend to cause greater barriers between the provider and patient. These differences inhibit the patient from taking an active role (e.g. requesting further clarification or additional instructions) regarding the treatment process. Other factors affecting communication between the health care provider and patient, including language barriers as well as time constraints, prohibit a sufficient examination of the patient and adequate advice to the caretaker. In contrast, the research shows that increasing the patient's (or caretaker's) understanding of the illness and the prescribed medication and its administration leads to greater success with treatment (Homedes and Ugalde, 1993).

The literature suggests that other factors involving the health center effect on non-compliance include its organization and general operation (clinic hours, waiting time prior to receiving care, continuity of care) and location. The nature of the treatment: complexity of therapy, negative side effects, taste, presentation (pill, syrup), function (e.g., ORS does not stop diarrhea), efficacy in reducing the severity, and its duration can also contribute to non-compliance. A reduction of symptoms or early recovery is cited as a common reason that patients fail to comply.

Other researchers have examined how cognitive models affect behavior related to illness treatment. This literature suggests that the patient's explanatory model of particular illness episodes—including its etiology, time of onset, pathophysiology according to the characteristics of the patient, severity, and "faith" in the treatment selected—will affect whether an individual

will follow a recommended health action. Economic constraints and intra-household structural factors influencing the decision-making process are also critical when evaluating health seeking behaviors and compliance to treatment. The literature also points to demographic characteristics such as age, level of education, and socio-economic status as factors that are associated with compliance.

The information gathered through the literature review was critical to the development of the study design, questionnaires, and other accompanying instruments. In conjunction with BASICS Country Advisor Dr. Colette Geslin, the consultants identified information that applied to the research objectives and local context in Niger. Given the contextual framework of the study, self-reporting and behavioral measures such as appointment keeping and assessing the medicine taken, in addition to the evaluation of the evolution of the child's health status, were identified as the most appropriate methods to measure compliance. This mix of methods will facilitate triangulation to verify information and enhance the understanding and interpretation of the data results. In addition, the combination of structured and open-ended questions will generate both quantitative and qualitative data that will provide information that is both representative and descriptive and therefore, useful for comparative and programmatic purposes.

Questions were also developed to evaluate patients' perceptions of health services. Questionnaires were designed to elicit information on factors related to communication between the health worker and patient, the operation of the health center, and the way in which specific treatment regimens can influence compliance. The questions are also geared to obtain information related to how patient's health belief systems can affect health seeking behaviors and adherence to medical regimens, and to identify other individuals involved in the decisionmaking process when selecting health care options.

#### **IV. SURVEY OBJECTIVES**

The overall objective of the survey is to document the effectiveness of case management of the major childhood diseases in Niger (ARI, malaria, diarrhea and measles).

The specific objectives are defined as follows:

- a. Follow the evolution of the health status of children under-5-years of age for whom ambulatory treatment is started at a health facility.
- b. Compare two approaches currently used in the public sector in Niger: Combined case management and stratégies - Complaint - Treatment.
- c. Evaluate the compliance of mothers with treatments prescribed by health agents.

- d. Contribute to the development of monitoring tools that can improve the quality of care in health centers and at home.

These objectives will hopefully provide important answers to these specific research questions—

- a. What is the evolution of the health status of a child two to three days after a visit to a health center? What are favorable and detrimental factors?
- b. Was maternal care at home in compliance with the recommended therapy? What are favorable and detrimental factors?
- c. Among the detrimental factors, which important ones can we identify that may be amenable to improvement through an 18-month public health program?

## **V. TRIP ACTIVITIES**

Trip activities included working with USAID, Nigerian counterparts, and BASICS/QAP to finalize the study design.

### **Recruitment of National Investigators**

Prior to the arrival of the consultants, the BASICS representative had assembled résumés of qualified candidates for the positions of principal investigator and co-investigator to direct the part of the survey concerned with caretaker interviews. Thus, one of the initial priorities was to interview candidates and evaluate them based on the following criteria: educational level, prior successful research experience, knowledge of local languages, computer skills, salary scale and last but not least, willingness to work with the consultants and BASICS representative in the preparations for the study.

### **Development of Study Instruments**

While some components of the study instruments previously used by BASICS for research in Niger were adapted for this study, it was necessary to develop additional study questions to gather information on health seeking behavior, compliance to treatment, and patient satisfaction with health services. Methods to assess health seeking behavior and adherence to treatment were readily modified from previous research conducted in Niger. However, little information was available on how to measure patient satisfaction. It was, therefore, important to conduct formative research to evaluate how to assess patient satisfaction among mothers of sick children using the government health structure.

During the first week of the consulting period, Marthe Diarra and Lauren Blum conducted open-ended interviews with mothers of small children who had recently attended a government health

center in Niamey. The interviews were designed to identify the local perception of government health services. This information served as a guide for the administration of focus groups among mothers of children 0-5 years of age in the "Quartier Abidjan" in Niamey, in order to generate more detailed information on factors that influence caretakers' satisfaction with government health services. Important factors included the waiting time prior to the consultation, whether the waiting line is followed, the general demeanor of the health agent (the initial contact was of particular importance), the physical contact the health agent had with the sick child, the time spent with the health agent, whether medicine is given free of charge or prescribed with a fee, and the type of medication prescribed. The information was then used to develop a series of questions to be administered during the initial contact with the mother of the sick child (see questionnaire 3) seeking treatment in the health center.

During week two, questionnaire 3 was tested among mothers visiting different health clinics in Niamey, with revisions being made subsequent to each test. The third week the team of consultants, accompanied by the BASICS country representative, field tested the research methodology and accompanying questionnaires in a health clinic located in Torodi, 55 kilometers from Niamey. During the test, problems with the study design and instruments were identified, and appropriate modifications were made.

### **Recruitment of Interviewers (Communicators and Clinicians)**

Blum and Diarra identified and interviewed 24 female candidates qualified to administer questionnaires 3 and 4 with mothers of sick children during the research phase. It was agreed that during the week of April 14-18, Diarra would make the final selection of 18 women to participate in the study in May.

The possibility of hiring new medical school graduates was explored, including a meeting at the medical school, for the clinician positions. However, this option was dropped given the likelihood that they will be taking the exam for entry into the civil service during the month of May.

## **VI. TRIP RESULTS**

The key results of the mission are summarized as follows.

### **Identification of Key Researchers**

1. Selection of the local principal and co-investigator.

## Definition of Survey Methodology

1. Sites: In discussions with all the partners, it was unanimously agreed that three districts should be included if logistically feasible. The districts identified include—
  - a. Dosso/Boboie: Combined case management/cost recovery/BASICS zone.
  - b. Maradi/Guidan Roumji: SPT/Bamako Initiative.
  - c. Tahoua/Birni N'Konni: URC zone/Future Model District for combined BASICS/URC project.

The selection of health facilities was a reasoned choice based on the criteria of easy access (the rainy season may start in May) and high patient volume. Bias should be minimal since in two-thirds of the districts, only one facility will be excluded.

1. Boboie (6/10).
2. Guidan Roumji (6/7).
3. Birni N'Konni (6/7).

## 2. Sample Size and Statistics:

- a. It was agreed that at least 100 (hopefully 120 or more) children and mothers will be followed per district. Three teams per district will spend one week in each of two health facilities, identifying new cases for the study, doing follow-up exams and interviews of those who return to the center in two to three days, and actively seeking (in the villages) a sub-set of those who do not return for the return visit.

New cases per team =  $24 \times 2 = 48$ . Total new cases =  $48 \times 9 = 432$

Return visit cases per team =  $20 \times 2 = 40$ . Total return visits = 360

Cases found at home per team =  $2 \times 2 = 4$ . Total home cases found = 36

The decision to do the follow up in the health facility is advantageous for two reasons over and above the logistical problems that trying to find all children at home would have imposed. First, minimum bias will be introduced by the survey, since a return visit for ambulatory patients is the recommended procedure in both the PCC and SPT approaches. Second, the instruments for the follow-up medical evaluation have been written in a checklist format which could be adapted to a monitoring tool useful at the district level.

- b. Limited resources (time, personnel, budget) will NOT allow rigorous statistical comparison from this study. Here is a brief summary of statistical theory and practice in the comparison of results of the SPT and PCC approaches. The null hypothesis ( $H_0$ ) is that there is no difference between the two systems. The power of a statistical test of this hypothesis is the probability that the  $H_0$  will be rejected

when, in fact, there is a difference (minimum desired power by convention = 0.80).

Power is a function of three parameters:

Significance criterion =  $\alpha$  (alpha) =  $P = 0.05$  (two-tailed).

Reliability (confidence interval) — Larger sample size = smaller variance.

Effect size — Assumed to be small ( $h=0.20$ ) in this study, since there is no community outreach in either the PCC or SPT approach.

Given these assumptions, a random sample of 120 children per district would produce a power of only 0.46 (Cohen, 1988). This study, however, is a cluster sample, given that we propose to follow all eligible new cases seen in a given day. A conservative estimate of the design effect of this approach is 2, in other words, the size must be doubled to achieve the same power that a random sample would have provided. The design effect can be calculated exactly in the C SAMPLE module of Epi Info 6. In conclusion, about 600 cases per district would be needed for truly rigorous statistical comparison, a number far beyond allotted resources.

If, on the other hand, the effect size were hypothesized to be medium ( $h=0.50$ ), 100 cases per district would be adequate.

## **Instruments**

1. Four instruments designed and tested.
  - a. Observation of clinical management of the sick child.
  - b. Verification of case management and follow-up of the sick child.
  - c. Exit interview of the mother/caretaker.
  - d. Follow up of the sick child (second interview with the mother/caretaker ).
2. Guidelines for training and use of the instruments were written.

## **Human Resource Needs Identified**

Personnel needs were identified and job descriptions written.

- a. Each district will have a supervisor.
- b. Nine teams: each consisting of one team leader (experienced clinician), one clinician, two female communicators, one chauffeur.
- c. Total needs: 3 supervisors, 9 team leaders, 9 clinicians, 18 communicators, 9 chauffeurs, 3 data entry technicians.

## Material Resource Needs Identified

1. At least nine vehicles: jerricans, gas/diesel coupons.
2. Equipment for each team.
  - a. Medical: Salter scales, thermometers, timers, some medicines (chloroquin, aspirin, cotrimoxazol).
  - b. Survey materials: Pencils, pencil sharpeners, erasers, folders, sacks to protect papers from rain, etc.
  - c. Lodging: cots, mattresses, flashlights, mosquito nets, lamps, cooking utensils, etc.
3. Three laptop computers for data entry at the district level.

## Survey Time Line Established

There is never an ideal time for a survey. Possible constraints that were considered for the scheduling include the possibility of outbreaks of meningitis and measles epidemics in the survey districts, the fact that when the rainy season starts, the priority for families will be to be in their fields and access will be more difficult, other ongoing surveys (the DHS is scheduled to start in June), and the impossibility for government employees to be away from their posts for more than three weeks (one for training, two for data collection).

- |    |   |                     |
|----|---|---------------------|
| 1. | Consultants' visit to Washington for discussions with BASICS/URC. | 10 March - 12 March |
| 2. | Consultants' mission to Niger.                                    | 25 March - 11 April |
| 3. | Finalization of preparations.                                     | 12 April - 4 May    |
| 4. | Training in Niamey.   | 5 May - 9 May       |
| 5. | Data collection and start of data entry in Epi Info.              | 12 May - 24 May     |
| 6. | Data verification/analyses and initial interpretation.            | 26 May - 29 May     |
| 7. | Presentation of preliminary results.                              | 30 May              |
| 8. | Draft report.   | 13 June             |

## **Preparations for Analysis**

1. Key indicators identified and defined.
2. Health profiles of the survey districts made.
3. Charts made comparing SPT and PCC algorithms for case management.
4. Tables made for survey planning and organization.
5. Computer files written.
  - a. Epi Info files for data entry and analysis.
  - b. Spreadsheet files for dummy tables of results

## **VII. NEXT STEPS**

The next activities to be undertaken for the final preparations for the survey include the following:

### **Niamey—BASICS Representative and Collaborators**

- ▶ Contracts for two local researchers.
- ▶ Recruitment and hiring of other study personnel.
- ▶ Administrative matters.
  - ▶ Official letters.
  - ▶ Visit to meet with health personnel in the three districts.
- ▶ Acquisition of necessary materials.
- ▶ Finalization of budget.
- ▶ Workshop for the presentation of the results of the health facility survey in December 1996.
- ▶ Finalization of preparations for the training.

### **BASICS—Technical Division (Patrick Kelly)**

- ▶ Finalization of computer files for data entry, coding, analysis, and dummy tables.

**VIII. PEOPLE CONTACTED**

WASHINGTON

BASICS

ECKHARD KLEINAU

KAREN BLYTH

NANCY KEITH

QUALITY ASSURANCE PROJECT - URC

DAVID NICHOLAS

ED KELLY

MONITORING AND EVALUATION

OPERATIONS OFFICER

TECHNICAL OFFICER

DIRECTOR

OPERATIONS RESEARCH

NIAMEY

USAID

DAN BLUMHAGEN

KIRK LAZELL

HPNO OFFICER

HEALTH POLICY AND MANAGEMENT ADVISOR

BASICS

COLETTE GESLIN

MARTHE DIARRA

MAHAMANE KARKI

BASICS REPRESENTATIVE

CONSULTANT

CONSULTANT

MINISTRY OF HEALTH

HAMISSOU MAOUDE

YAOU DARE

YOUSOUF GAMITIE

SECRETARY GENERAL

DIRECTOR OF FAMILY HEALTH

ARI DIRECTOR/SCHOOL OF MEDICINE

QUALITY ASSURANCE PROJECT

BOCAR MAINA

LORI WINTER

ED KELLY

DIRECTOR

TECHNICAL DIRECTOR-TAHOUA

OPERATIONS RESEARCH

UNICEF

MAXIMIN OUABA

AGATHA PRATT

PROJECT OFFICER - HEALTH

PROJECT OFFICER - HEALTH

TORODI, NIGER

MEDICAL POST

ADAMOU DARE

POST CHIEF NURSE

## IX. DOCUMENTS CONSULTED IN NIAMEY

BASICS. Overcoming Remaining Barriers: The Pathway to Survival. Arlington: BASICS, 1996.

Cissoko, A. La Prise en Charge de l'Enfant Malade dans les Centres de Santé de Premier Niveau: Arrondissements de Boboye et Say - Niger. (Thèse de Doctorat). Niamey: Université Abdou Mounmouni de Niamey/Faculté des Sciences de la Santé, 1996.

Diallo, Y. and Abdoulaye, Z. Planification Familiale au Niger: Une Analyse de Situation en 1994 dans les Sites de Distribution Ruraux et Urbains. Niamey: University Research Corporation, Février, 1995.

Diop, B., Geslin, C. et Kelly, P. Enquête Sur la Prise en Charge de l'Enfant Malade Auprès des Etablissements de Santé dans les Districts de Boboye et Say. (Synthèse des Résultats Préliminaires). Niamey: BASICS, décembre 1996.

Karki, M. Santé des Communautés. Niamey: Numéros 1, 2, 3, 1996.

MACRO. Enquête Démographique et de Santé, Niger 1992. Niamey: Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux/MACRO International, 1992.

MSP. Stratégies Plainte - Traitement: Guide de Formation des SPT (Révision 1994). Niamey: Ministère de la Santé Publique, 1994.

MSP. Formation à la Prise en Charge de la Diarrhée, des Infections Respiratoires, de la Fièvre/Paludisme Chez les Enfants de Moins de 5 Ans. Niamey: Ministère de la Santé Publique/BASICS/USAID, 1995.

MSPAS. Enquête Nationale sur l'Utilisation des Services de Santé. Niamey: Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales/Cellule de Planification/Projet Tulane, septembre 1987.

QAP/BASICS. Memorandum of Understanding Between The Quality Assurance Project and the BASICS Project for Activities in Niger.

QAP/BASICS. Technical Plan: Merged Activities of the Quality Assurance and BASICS Projects Between March 1997 and December 1998.

QAP/BASICS. Memorandum of Understanding Between The Quality Assurance Project/BASICS Project and USAID.

## X. ANNOTATED BIBLIOGRAPHY

BASICS. Guideline for Program Monitoring and Evaluation. Arlington, April 1996.

[The measurement of outcomes and intermediate outcomes and their likely effect on impact is a key responsibility of all program managers. It is second in importance only to the effective implementation of the program in the first place. Major categories of defined indicators include impact, access, quality, effectiveness and sustainability. Among the effectiveness indicators, are many that address caretaker knowledge and behavior concernig sick child management.]

Blalock, H. Conceptualization and Measurement in the Social Sciences. Beverly Hills: SAGE Publications, 1984.

[Unless very careful attention is paid to one's theoretical assumptions and conceptual apparatus, no array of statistical techniques will suffice. Important issues include generalizability and comparability of measurements, problems of indirect measurement, and the omission of important variables.]

Blum, L. DRAFT: Dissertation on Health Seeking Behavior in Niger.

[Traditional and modern treatments are use simultaneously. Some of the important variables in health seeking behavior include decision making in the family (husband and older women), the dynamics of household budgets, the role of Islamic doctrine, beliefs in the causes of the illness, and perceived seriousness of the illness.]

Blumenfeld, S. Méthodes de Recherche Opérationnelle: Une Approche Générale des Soins de Santé Primaires. Chevy Chase: PRICOR, mai 1985.

[La recherche opérationnelle consiste en une méthode systématique afin de résoudre des problèmes. Il s'agit de des étapes suivantes: analyse du problème, élaboration des solutions, et validation de la solution.]

Blumhagen, D. The Meaning of Hyper-Tension. In Clinically Applied Anthropology, eds. N.J. Chrisman and T.W. Maretzki, pp. 297-323. Hingham, MA: D. Reidel Publishing Company, 1982.

[An assessment of patients' explanatory models of illness episodes can be useful in identifying factors that may improve communication between the patient and practitioner. The researcher concludes that the health providers understanding of the patient's illness belief systems and related behaviors can enhance the provider/patient relationship and thus improve compliance and patient satisfaction.]

Bruce, J. Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework. Studies in Family Planning, Vol. 21, No. 2, March/April 1990.

[Quality assessment from the client's perspective is important. Major components of quality include: choice of treatment, information given, technical competence and interpersonal relations, follow-up and continuity of care, appropriate constellation of services -- including at the community level.]

Chavunduka, D. et alia. Drug Information for Patients in the Community. World Health Forum, Vol. 12, 1991.

[Non-compliance may be due to lack of information of negative attitudes of health workers and patients. Patients don't ask for information because they feel the health worker is ill-mannered or too busy or the information is too complicated.]

Cohen, J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (Second Edition). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

[The power (1-beta) of a statistical test depends on three parameters: the significance criterion (alpha), the precision of the sample value (variance), and the effect size (the degree to which the phenomenon is present in the population).]

Diop, B., Geslin, C. et Kelly, P. Rapport de Mission: Enquête auprès des Etablissements de Santé sur la Prise en Charge de l'Enfant Malade dans les Districts Sanitaires de Say et Boboye. Niamey: MSP/BASICS/USAID, janvier 1997.

[Cette enquête se situe 18 mois après la formation sur la Prise en Charge Combinée de l'Enfant Malade dans les 2 districts appuyés par le projet BASICS. Elle a eu pour but l'évaluation de la qualité de la prise en charge des principales maladies de l'enfant -- Fièvre/paludisme, Infections Respiratoires Aigues, Maladies Diarrhéiques et Malnutrition. Malgré les problèmes persistents, des progrès significatifs ont été réalisés depuis l'enquête de base en janvier, 1995.]

Ellerbeck, E. et alia. Caretaker Compliance with Different Antibiotic Formulations for Treatment of Childhood Pneumonia. Journal of Tropical Pediatrics, Vol. 41, April, 1995.

[Home visits were made in Egypt to follow 385 children who were being treated for pneumonia. Compliance was measured by recall, measurement, observation and urine assay. There was more compliance with Cotrimoxazole syrup than pills. Reasons for non-compliance included: the child was cured or not improving and difficulty in administering the medication.]

Etkin, N. Cultural Constructions of Efficacy.

[Healing is a process that occurs in stages. Evaluation of efficacy must look beyond our biomedical biases and include multidimensional approaches that comprehend the interrelatedness among biological and behavioral aspects of healing. Efficacy is some combination of symptom reduction and other physical and behavioral transformations that indicate restoration of health. Outcomes are proximate and ultimate. A cultural interpretation gives a more satisfactory explanation of the efficacy of western medicines.]

Helitzer-Allen, D., Kendall, C. and Wirima, J. The Role of Ethnographic Research in Malaria Control. Research in the Sociology of Health Care, Vol. 10, 1993.

[People have complicated local taxonomies for disease terms. Paying attention to community beliefs and concerns will enhance our understanding of health seeking behavior and the sustainability of public health programs.]

Homedes, N. and Ugalde A. Patients' Compliance with Medical Treatments in the Third World. What Do We Know? Health Policy and Planning, Vol. 8, No. 4, 1993.

[37 compliance studies in developing countries are reviewed. Who has promoted PHC and rational use of medicines, but we know little about how medicines are actually used. Major issues include communication between health agent and patient, Western drugs in homes, health agent error, drug efficacy. Definitions of the measurement of compliance and classifications or non-compliers are presented.]

Hulka, B. et alia. Communication, Compliance, and Concordance between Physicians and Patients with Prescribed Medications. American Journal of Public Health, Vol. 66, No. 9, September, 1976.

[Four types of medication errors are defined. Increased error rates are a function of complexity of therapy, and lack of knowledge of functions of the medicines.]

Keith, N., Geslin, C. and Mutumbo, wa M. Baseline Research for BASICS Test of Integrated Training and Supervision in Two Districts in Niger. Niamey: MSP/BASICS/USAID, February 1995.

[An assessment of child survival training needs was done in order to make recommendations for a training module for health workers, that included both combined case management and communication. Quantitative and qualitative methods were used at health facilities in the districts of Say and Boboye. Approches includes observation of clinical management of sick children, exit interviews of mothers, interviews of health agents and focus groups of mothers.]

Marston, M.V. Compliance with Medical Regimens: A Review of the Literature. Nursing Research.

[Since there is no clear picture concerning the determinants of compliance, it is useful to investigate several factors simultaneously. The following types of variables have been studied: demographic, illness and socio-psychological.]

Roter, D. and Hall, J. Studies of Doctor-Patient Interaction. Annu. Rev. Public Health, Vol. 10, 1989.

[The dynamics of health agent/patient communication is described in the task and socio-emotional domains. Several analysis frameworks are described: Bales' Interaction Analysis System, Roter's Interaction Analysis System and the Verbal Response Mode. Explanatory powers of the three systems vary. Medical communication can be classified into 6 variables: information giving, information seeking, social talk, positive talk, negative talk and partnership-building.]

Ugalde, A., Homedes, N. and Urena, J. Do Patients Understand their Physicians? Prescription Compliance in a Rural Area of the Dominican Republic. Health Policy and Planning, Vol. 1, No. 3, 1986.

[Compliance cannot take place unless patients understand and remember physicians' advice. Remedial measures suggested include follow-up home visits, systematic written/symbolic instructions. and improved training of health workers in the art of communication.]

Unterhalter, B. Compliance With Western Medical Treatment in a Group of Black Ambulatory Hospital Patients. Soc. Sci. & Med., Vol. 13A, 1979.

[The study of compliance provides quantifiable information about effectiveness of medical treatment and whether patient needs are being met. During home visits, patients with more than 15% of the medications than they should have had by that date were considered non-compliant. An activity-passivity model is contrasted with a mutual participation model. Compliance was found to be a function of understanding of the disease process, satisfaction with the medical consultation, complexity of the therapy, advice seeking from other sources.]

Waldman, R. et alia. Overcoming Remaining Barriers: The Pathway to Survival. Arlington: BASICS, 1996.

[The Pathway to Survival is a conceptual framework developed by BASICS, CDC and USAID to assist in the management and evaluation of child survival programs. Health care occurs at 3 levels: In the home, in the interface between the home and outside services, and outside the home. For most children, the quality of care received at home, at the onset of illness or after contact with a health professional, is likely to be the most important contributor to their health and survival.]

Waters, H. Evaluation and Lessons Learned for the BASICS Project Intervention in Niger, 1993-1996. Niamey: BASICS, January 31, 1997.

[BASICS should directly assess the effectiveness of the CCM approach through a clinical outcomes and caretaker compliance study. The study should be done in districts where BASICS and the QA Project will be working, in order to serve as a baseline survey for clinical outcomes and caretaker compliance.]

WHO. Management of Childhood Illness.

[Algorithms for Integrated Management of Childhood Illness]

WHO. Implementation of the Integrated Management of Childhood Illness, Control of Diarrheal Diseases, and Acute Respiratory Infections in the African Region: Plan of Action 1997 - 2001.

Brazzaville: WHO/Division of Integrated Disease Prevention and Control.

[The regional strategy for Africa is a phased approach which recognizes the complexity and duration of the IMCI implementation.]

Young, J. A Model of Illness Treatment Decisions in a Tarascan Town. American Ethnologist, Vol. 7, No. 1, pp. 106-131, 1980.

[Using an ideational perspective, the rationale for illness treatment selection was evaluated in a west-central town in Mexico. Findings show that accessibility of the health provider, "faith" in the medical treatment, the severity of the illness, and characteristics of the patient were critical factors in determining the health decision making process.]

Zola, I. Structural Constraints in the Doctor-Patient Relationship: The Case of Non-Compliance.

[Compliance: How to get patients to follow a regimen which is "in their best interests". Disease is a social phenomenon and careseeking is the result of a complex social events.

Negotiation is better than advice: therapeutic alliance rather than medical compliance. Non-compliance is a provider and patient issue. Structural barriers which impede communication include place, physical position, too much information, short time, unclear language and tone. More information is correlated with increased compliance.]

**APPENDIXES**

**APPENDIX A**  
**LISTE DES INDICATEURS CLES**

## LISTE DES INDICATEURS CLES

1. QUALITE DE SERVICES
  - a. EVALUATION GENERALE DE L'ENFANT MALADE
    - i. POURCENTAGE DES ENFANTS POUR LESQUELS L'AGENT DE SANTE A EVALUE LE STATUT VACCINAL
    - ii. POURCENTAGE DES ENFANTS POUR LESQUELS L'AGENT DE SANTE A EVALUE L'ETAT NUTRITIONNEL
  - b. COMMUNICATION AVEC LES MERES/ACCOMPAGNANTS
    - i. POURCENTAGE DES MERES RECEVANT LES INSTRUCTIONS COMPLETES SUR L'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS ORAUX RECUS
      - (1) POSOLOGIE: QUANTITE, FREQUENCE, NOMBRE DE JOURS
      - (2) PREPARATION DES MEDICAMENTS: COMPRIMES, SOLUTIONS (SRO/ESS)
2. EFFICACITE DE LA PREMIERE VISITE
  - a. CONNAISSANCES DES MERES A LA PREMIERE VISITE
    - i. POURCENTAGE DES MERES QUI ONT COMPRIS LES DIAGNOSTICS DE L'AGENT DE SANTE (Q3 #24)
    - ii. POURCENTAGE DES MERES QUI CONNAISSANT LES INSTRUCTIONS CORRECTES SUR L'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS ORAUX RECUS
      - (1) POSOLOGIE (Q3 #39)
      - (2) PREPARATION DES MEDICAMENTS: COMPRIMES, SOLUTIONS (SRO/ESS) (Q3 #30,31)
    - iii. POURCENTAGE DES MERES CAPABLES DE PRISE EN CHARGE CORRECTE A DOMICILE
      - (1) AU MOINS UNE MESURE GENERALE (Q3 #40)
      - (2) AU MOINS UNE MESURE SPECIFIQUE PAR DIAGNOSTIC (Q3 #41- 43)
    - iv. POURCENTAGE DES MERES CAPABLE DE RECONNAITRE AU MOINS 2 SIGNES DE DANGER NECESSITANT UN RECOURS IMMEDIAT A L'ETABLISSEMENT SANITAIRE (Q3 #55)
  - b. SATISFACTION DE LA MERE
    - i. POURCENTAGE DES MERES SATISFAITES DE LA DUREE DE L'ATTENTE (Q3 #58)
    - ii. POURCENTAGE DES MERES SATISFAITES DE L'ACCEUIL (Q3 #61)
    - iii. POURCENTAGE DES MERES QUI ONT COMPRIS AU MOINS LE ROLE D'UN MEDICAMENT (Q3 #70)
    - iv. POURCENTAGE DES MERES SATISFAITES DES MEDICAMENTS RECUS (Q4 #20)

3. SUIVI DE L'ENFANT CONSULTE (VISITE RETOUR APRES LA PEC A DOMICILE)
  - a. POURCENTAGE DES MERES REVENUES POUR LA VISITE DE SUIVI
  - b. ETAT DE SANTE DE L'ENFANT
    - i. POINT DE VUE DE LA MERE
      - (1) POURCENTAGE DES MERES DISANT QUE L'ETAT DE SANTE DE LEUR ENFANT S'EST AMELIORE (Q4 #2)
      - (2) POURCENTAGE DES MERES DISANT QUE LA DIARRHEE S'EST AMELIOREE (Q4 #3)
      - (3) POURCENTAGE DES MERES DISANT QUE LA FIEVRE / PALUDISME S'EST AMELIOREE (Q4 #3)
      - (4) POURCENTAGE DES MERES DISANT QUE L'IRA S'EST AMELIOREE (Q4 #3)
      - (5) POURCENTAGE DES MERES DISANT QUE LA ROUGEOLE S'EST AMELIOREE (Q4 #3)
    - ii. POINT DE VUE DE L'AGENT DE SANTE
      - (1) AMELIORATION DES SIGNES GRAVES
      - (2) POURCENTAGE DES CAS DE DIARRHEE AMELIORE
      - (3) POURCENTAGE DES CAS DE FIEVRE/PALUDISME AMELIORE
      - (4) POURCENTAGE DES CAS IRA AMELIORE
      - (5) POURCENTAGE DES CAS DE ROUGEOLE AMELIORE
  - c. CONFORMITE DE LA PEC A DOMICILE AVEC LES INSTRUCTIONS RECUES
    - i. POURCENTAGE DES MERES QUI ONT PU DONNER LES MEDICAMENTS/SOLUTIONS CORRECTEMENT (Q4 #6)
    - ii. POURCENTAGE DES MERES QUI ONT PU PREPARER SRO/ESS CORRECTEMENT (Q4 #9, #11)
    - iii. POURCENTAGE DES MERES QUI ONT EFFECTIVEMENT APPLIQUE AU MOINS UNE PRATIQUE GENERALE (Q4 #18)
    - iv. FACTEURS FAVORISANTS MAJEURS
    - v. FACTEURS DEFAVORISANTS MAJEURS
      - (1) FACTEURS SUSCEPTIBLES D'ETRE AMELIORES PAR UN PROGRAMME DE SANTE PUBLIQUE

**APPENDIX B**  
**QUESTIONNAIRES**

**REPUBLIQUE DU NIGER**  
**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**  
**BASICS/USAID**  
**Enquête sur la Prise en Charge de l'Enfant Malade**

**1. OBSERVATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT**

Numéro de l'Enquêteur: _____		Date: ___/___/___
Etablissement de Santé: _____		
District: _____	Type: [ ] CM [ ] PM [ ] DR	
Agent de Santé: _____	Type: [ ] TSSI [ ] IDE [ ] SF [ ] IC	
Numéro d'identification de l'enfant: _____		Nom de l'enfant: _____
Enfant : Age en mois: ____	Date de Naissance (Carnet de Santé): ___/___/___	
Sexe : Masculin ____ Féminin ____	Poids (kg.) _____	
Relation de l'accompagnant à l'enfant: Mère ____ [Autre: _____ Depuis Mois: ____]		
Village/Ville: _____	Distance: ____ (km)	Pays: _____

**Notez l'heure du début de l'enquête maintenant: Heure \_\_\_\_\_ Minutes \_\_\_\_\_**

**L'agent de santé:**

- |                              |     |     |
|------------------------------|-----|-----|
| - Salue-t-il la mère?        | Oui | Non |
| - L'invite-t-il à s'asseoir? | Oui | Non |

1. Quels sont les motifs de consultation évoqués par la mère? (**Cochez toutes les réponses**)

- |                |                                     |  |
|----------------|-------------------------------------|--|
| _____ Fièvre   | _____ Toux /Difficulté respiratoire |  |
| _____ Diarrhée | _____ Autre (Spécifiez) _____       |  |

2. Il s'agit de quelle consultation pour la maladie? \_\_ Première \_\_ 1ère VR \_\_ 2e VR \_\_ Autre

**EVALUATION DE L'ENFANT MALADE**

- |                                       |     |     |                     |              |      |
|---------------------------------------|-----|-----|---------------------|--------------|------|
| 3. Carnet de santé demandé:           | Oui | Non | Si Oui, Disponible? | Oui          | Non  |
| 4. L'enfant pesé:                     | Oui | Non | Si Oui:             | Poids: _____ | (kg) |
| 5. Température prise par thermomètre: |     |     | Oui                 | Non          |      |
| Si Oui:                               |     |     | Temp: _____         | (C)          |      |

**L'agent de santé évalue-t-il?**

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 6. L'état nutritionnel (Poids/Age ou Poids/Taille)         | Oui | Non |
| 7. L'état nutritionnel (Edème pré tibial/dos du pied)      | Oui | Non |
| 8. Présence de l'anémie (Pâleur conjonctivale ou palmaire) | Oui | Non |
| 9. L'état vaccinal   | Oui | Non |

<b>L' AS recherche-t-il des signes généraux de danger?</b>	<b>Question posée</b>	<b>Signe Trouvé</b>
10.	L'enfant ne boit pas ou ne tète pas normalement	Oui Non      Oui Non
11.	Vomissements Incoercibles	Oui Non      Oui Non
	Si Oui, nombre de fois/jour: _____	
12.	Convulsions	Oui Non      Oui Non
13.	Changements de l'état de conscience/enfant somnolent	Oui Non      Oui Non

### **Plainte de Diarrhée**

#### **Réponses des mères aux questions posées par l'agent de santé:**

14.	Début/durée de la diarrhée	Nombre de jours: _____ (0, 1, 2, etc.)
15.	Nombre de selles liquidiennes par jour	Nombre: _____
16.	La présence de sang dans les selles	Oui      Non

#### **Signes trouvés dans l'examen de l'enfant: Déshydratation**

17.	Léthargie/inconscience/irritabilité de l'enfant	Oui      Non
	Soif	Oui      Non
18.	Pli cutané	Oui      Non
	Yeux enfoncés/larmes/langue sèche	Oui      Non

### **Plainte de fièvre**

#### **Réponses des mères aux questions posées par l'agent de santé:**

19.	Début/la durée de la fièvre	Nombre de jours: _____ (0, 1, 2, etc.)
20.	Des antécédents de rougeole	Oui      Non

#### **Signes trouvés dans l'examen de l'enfant:**

21.	Raideur de la nuque	Oui      Non
22.	Eruption cutanée/dermatose	Oui      Non
23.	Infection des conduits auditifs	Oui      Non
24.	Infection de la gorge/ulcères dans la bouche	Oui      Non
25.	Infection des yeux (conjonctivite)	Oui      Non

### **Plainte de toux/difficulté respiratoire**

#### **Réponses des mères aux questions posées par l'agent de santé:**

26.	Début/la durée de la toux/difficulté respiratoire	Nombre de jours: _____ (0, 1, 2, etc.)
-----	---	--

**Signes trouvés dans l'examen de l'enfant:**

- |     |                                       |                        |     |
|-----|---------------------------------------|------------------------|-----|
| 27. | Rapidité de la fréquence respiratoire | Respirations/min: ____ |     |
|     | Enfant calme                          | Oui                    | Non |
| 28. | Tirage sous-costal                    | Oui                    | Non |
| 29. | Stridor/sifflements                   | Oui                    | Non |

**Diagnostic (Classification des maladies)**

- |     |  |     |     |
|-----|--|-----|-----|
| 30. | L'AS fait-il un diagnostic?                                | Oui | Non |
|     | Si "Oui", le(s)quel(s) ? : Si Non, passez à la question 43 |     |     |

**Diarrhée/Dysenterie**

- |     |   |     |     |
|-----|---|-----|-----|
| 31. | Diarrhée simple (Durée moins de 14 jours)           | Oui | Non |
| 32. | Diarrhée persistante (Durée ≥ 14 jours)             | Oui | Non |
| 33. | Dysenterie/Diarrhée sanglante                       | Oui | Non |
| 34. | Déshydratation: ____ Non (Plan A) ____ Pas précisée |     |     |
|     | ____ Modérée (Plan B) ____ Grave (Plan C)           |     |     |

**DIAGNOSTIC = DIARRHÉE SIMPLE/DYSENTERIE, PAS PLAN C: OUI NON AV**

**Infection Respiratoire Aiguë**

- |     |                                   |                   |     |
|-----|-----------------------------------|-------------------|-----|
| 35. | Toux/Rhume                        | Oui               | Non |
| 36. | Pneumonie: ____ Simple ____ Grave | ____ Sévérité Pas |     |

Précisée

**DIAGNOSTIC = TOUX/RHUME OU PNEUMONIE PAS GRAVE OUI NON AV**

- |     |   |                            |  |
|-----|---|----------------------------|--|
| 37. | <b>Paludisme</b> ____ Simple ____ Grave | ____ Sévérité Pas Précisée |  |
|-----|---|----------------------------|--|

**DIAGNOSTIC = PALUDISME PAS GRAVE OUI NON AV**

- |     |   |     |     |
|-----|---|-----|-----|
| 38. | <b>Fièvre d'autre origine que paludisme</b> | Oui | Non |
|-----|---|-----|-----|

39. Si Oui, Spécifiez la cause: \_\_\_\_\_

- |     |                                 |                            |  |
|-----|---------------------------------|----------------------------|--|
|     | ____ Simple ____ Grave          | ____ Sévérité Pas Précisée |  |
| 40. | Rougeole ____ Simple ____ Grave | ____ Sévérité Pas Précisée |  |

**DIAGNOSTIC = ROUGEOLE PAS GRAVE OUI NON AV**

- |     |   |                            |  |
|-----|---|----------------------------|--|
| 41. | <b>Malnutrition</b> ____ Modérée ____ Grave | ____ Sévérité Pas Précisée |  |
|-----|---|----------------------------|--|

- |     |                      |     |     |
|-----|----------------------|-----|-----|
| 42. | <b>Autre maladie</b> | Oui | Non |
|-----|----------------------|-----|-----|

Si Oui, spécifiez: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ Simple \_\_\_\_ Grave \_\_\_\_ S P P

**Traitements Donnés (Cochez toutes les réponses mentionnées)**

43. Quinine injection \_\_\_\_\_
44. Chloroquine \_\_\_\_\_  Comp  Sirop
45. Aspirine \_\_\_\_\_  Comp  Sirop
46. Paracétamol \_\_\_\_\_  Comp  Sirop
47. Baigner l'enfant/compresses tièdes \_\_\_\_\_
48. Antibiotique injection \_\_\_\_\_  
Spécifier \_\_\_\_\_
49. Antibiotique Oral \_\_\_\_\_  Comp  Sirop  
Spécifier \_\_\_\_\_
50. Vitamine A \_\_\_\_\_
51. SRO (Sachet) \_\_\_\_\_
52. Conseils pour Eau Salée Sucrée \_\_\_\_\_
53. Perfusion (Ringer, Sérum Salé Isotonique) \_\_\_\_\_
54. Perfusion (Sérum Glucosé Isotonique) \_\_\_\_\_
55. Antidiarrhéique/antispasmodique \_\_\_\_\_  
(Ganidan, Intérix, Actapulgit, Charbon, Imodium)
56. Métronidazole \_\_\_\_\_  Comp  Sirop
57. Conseils de régime/Référence au CRENA \_\_\_\_\_  
- Propose un repas enrichi \_\_\_\_\_  
- Propose de fractionner les repas \_\_\_\_\_
58. Autre: Spécifier \_\_\_\_\_ (Gardé pour observation, évacuation, etc.)

TRAITEMENT ORAL = SRO/ESS/ANTIBIOTIQUE/AAS/PARACETAMOL OUI NON
--

**Conseils donnés par l'Agent de Santé pour la prise en charge de l'enfant à domicile**

**Administration des médicaments oraux**

59. L'AS explique-t-il comment administrer les médicaments oraux? Oui Non

**Notez les instructions données sur la quantité, fréquence et durée du traitement ainsi que la quantité totale de chaque médicament donnée**

Médicament	Quantité/Prise	Fois/jour	Nombre de jours	Quantité Tot. Donnée
Chloroquine				
Antibiotique				
Aspirine				
Paracétamol				
SRO/ESS				

60. Pour le SRO/ESS, l'agent de santé:

Explique-t-il comment préparer la solution? Oui Non

Fait-il la démonstration de la préparation? Oui Non

61. Pour les comprimés, l'agent de santé explique-t-il

comment les administrer? Oui Non

Si Oui, l'agent de santé a-t-il suggéré de: (Cochez toutes les réponses)

Les écraser Oui Non

Les dissoudre dans de l'eau Oui Non

Ajouter du sucre ou du miel Oui Non

**Autres conseils sur la prise en charge à domicile**

**L'agent de santé:**

62. Encourage-t-il la continuation de l'alimentation/allaitement? Oui Non

63. Encourage-t-il l'augmentation des liquides? Oui Non

64. Dit-il de ramener l'enfant en cas des signes de danger? Oui Non

**Si Oui, quels sont les signes mentionnés?**

**Signes Généraux**

65. L'enfant ne peut pas manger/boire/téter Oui Non

- |     |   |     |     |
|-----|---|-----|-----|
| 66. | L'état de l'enfant s'aggrave                      | Oui | Non |
| 67. | L'enfant développe une fièvre élevée/ persistante | Oui | Non |

**Signes spécifiques par rapport au diagnostic**

**Diarrhée**

- |     |                                    |     |     |
|-----|------------------------------------|-----|-----|
| 68. | L'enfant a du sang dans les selles | Oui | Non |
|-----|------------------------------------|-----|-----|

**IRA**

- |     |                                  |     |     |
|-----|----------------------------------|-----|-----|
| 69. | L'enfant respire très rapidement | Oui | Non |
| 70. | L'enfant respire difficilement   | Oui | Non |

**Fièvre/Paludisme**

- |     |                            |     |     |
|-----|----------------------------|-----|-----|
| 71. | L'enfant a des convulsions | Oui | Non |
|-----|----------------------------|-----|-----|

**Synthèse de la consultation**

**L'agent de santé:**

- |     |  |     |     |
|-----|--|-----|-----|
| 72. | Répète-t-il les informations les plus importantes? | Oui | Non |
| 73. | Vérifie-t-il la compréhension de la mère?          | Oui | Non |
| 74. | Critique-t-il la mère ou montre son mécontentement | Oui | Non |
| 75. | Parle-t-il des moyens de prévention des maladies?  | Oui | Non |
| 76. | Donne-t-il un Rendez-Vous à la mère?               | Oui | Non |

Si Oui, à quelle date? \_\_\_\_\_ Dans combien de jours? \_\_\_\_\_

Prend-t-il considération du jour de marché? Oui Non

**NOTER L'HEURE AU MOMENT OU LA MERE S'EN VA**

**HEURE DE LA FIN DE L'OBSERVATION :** Heure \_\_\_\_\_ Minutes \_\_\_\_\_

**DUREE DE L'INTERVIEW:** \_\_\_\_\_ Minutes

## FIN DE L'OBSERVATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT

A la fin de la consultation de l'enfant : si le personnel de santé :

- soit n'a pas dit verbalement le diagnostic qu'il faisait pour l'enfant,
- soit n'a pas mentionné le traitement qu'il donnait,

l'enquêteur doit le lui demander et compléter ce formulaire AVANT l'enfant suivant.

L'enfant répond aux critères d'inclusion dans cette étude si:

- Age = 0-59 mois
- Accompagnant = mère ou personne qui s'occupe de l'enfant depuis au moins 14 jours
- Distance de l'établissement ne dépasse pas 5 km (une heure de marche)
- Provenance = ville/village au Niger
- Motif de consultation = au moins un parmi diarrhée/fièvre/IRA/rougeole
- Première Consultation pour la(es) maladie(s)
- Diagnostic = Maladie aiguë (au moins une parmi):
  - Diarrhée simple/dysenterie
  - Toux/rhume/pneumonie simple
  - Rougeole simple
  - Paludisme simple
- Traitement oral donné pour la prise en charge à domicile (au moins un parmi):
  - Chloroquine/Antibiotique/AAS/Paracétamol/SRO/Conseils pour ESS
- Rendez-vous donné dans 2-3 jours

L'ENFANT REpond AUX CRITERES POUR LE SUIVI?	OUI	NON	NSP
---	-----	-----	-----

SI VOUS ETES SUR QUE L'ENFANT NE REpond PAS AUX CRITERES DE SUIVI, LA VERIFICATION DE LA CONSULTATION N'EST PAS NECESSAIRE. REMERCIEZ LA MERE POUR SA PATIENCE ET SA COLLABORATION.

NOTEZ LES RAISONS DE L'EXCLUSION:

---

---

LE CAS CONTRAIRE, APRES AVOIR RECU LA PERMISSION DE LA MERE, ALLEZ DANS UNE AUTRE SALLE AVEC ELLE ET SON ENFANT POUR LA VISITE CONTROLE.

**REPUBLIQUE DU NIGER**  
**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**  
**BASICS/USAID**

**2. VERIFICATION DE LA PEC ET SUIVI DE L'ENFANT MALADE**

Numéro de l'Enquêteur: _____	Date: ___/___/___
Etablissement de Santé: _____	District _____
Lieu: ___ ES ___ Foyer	Numéro d'identification de l'enfant: _____

(PV = PREMIERE VISITE, VR = VISITE RETOUR)

	PV	VR
<b>1. POUR TOUS LES ENFANTS</b>		
A. POIDS (KILOGRAMMES)	_____	_____
B. AGE EN MOIS	_____	_____
C. SI PREMIERE VISITE/CARNET DE SANTE DISPONIBLE		
1. DATE DE NAISSANCE	___/___/___	
2. VACCINATIONS RECUES		
BCG	OUI	
POLIO 0	OUI	
DTC 1	OUI	
POLIO 1	OUI	
DTC 2	OUI	
POLIO 2	OUI	
DTC 3	OUI	
POLIO 3	OUI	
ROUGEOLE	OUI	
VAM	OUI	
D. SI VISITE RETOUR		
1. NOMBRE DE JOURS DEPUIS LA PREMIERE VISITE		_____
E. PRESENCE DE SIGNES GRAVES		
1. L'ENFANT DE BOIT PAS/TETE PAS NORMALEMENT	OUI	OUI
2. VOMISSEMENTS INCOERCIBLES	OUI	OUI
SI OUI, NOMBRE DE FOIS/JOUR	_____	_____
3. CONVULSIONS	OUI	OUI
4. CHANGEMENT DE L'ETAT DE CONSCIENCE	OUI	OUI
<b>2. MOTIF DE CONSULTATION/DIAGNOSTIC</b>		
A. DIARRHEE	OUI	OUI
SI OUI: 1. DEBUT/DUREE (NOMBRE DE JOURS)	_____	
2. SELLES LIQUIDIENNES (NOMBRE/JOUR)	_____	
3. DESHYDRATION	A B C	A B C
4. PRESENCE DE SANG	OUI	OUI
B. FIEVRE/CORPS CHAUD	OUI	OUI
SI OUI, 1. DEBUT/DUREE (NOMBRE DE JOURS)	_____	
2. TEMP. PAR THERMOMETRE (DEGRES C.)	_____	
3. EXCLUSION DES CAUSES NON-PALU	OUI	OUI
C. TOUX/DIFFICULTE RESPIRATOIRE	OUI	OUI
SI OUI: 1. DEBUT/DUREE (NOMBRE DE JOURS)	_____	
2. FREQUENCE RESPIRATOIRE (PAR MINUTE)	_____	
A. ENFANT CALME	OUI	OUI

SI VR: 1. TOUX ARRETEE OUI  
 2. TOUX AMELIOREE OUI

3. **SI PREMIERE VISITE:** (SI VISITE RETOUR, PASSEZ A LA QUESTIONNE 4)

**A. SYNTHESE DU DIAGNOSTIC (S=SIMPLE, G=GRAVE, ABC=PLAN ABC)**

MALADIE	DUREE (JR)	SEVERITE	DESHY	TRAITEMENT ORAL
DIARRHEE	___	S G	A B C	OUI
DYSENTERIE	___	S G	A B C	OUI
FIEVRE/PALU	___	S G		OUI
TOUX/RHUME	___	S G		OUI
PNEUMONIE	___	S G		OUI
ROUGEOLE	___	S G		OUI
AUTRE: _____	___	S G		OUI

**B. SYNTHESE DU TRAITEMENT DONNE**

CHLOROQUINE OUI  
 ANTIBIOTIQUE OUI  
 ASPIRINE OUI  
 PARACETAMOL OUI  
 SRO OUI  
 CONSEILS POUR ESS OUI

**C. RENDEZ-VOUS DONNE** OUI  
 SI OUI: DATE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DELAI: \_\_\_\_\_ N/JRS

**D. L'ENFANT RETENU POUR LE SUIVI** OUI  
 SI NON, NOTEZ LES RAISONS POUR L'EXCLUSION

---

**SI OUI, INTRODUIRE LA MERE A LA COMMUNICATRICE POUR L'INTERVIEW**

**E. COMMENTAIRES**

---



---



---



---

4. **SI VISITE RETOUR (SI PREMIERE VISITE = FIN)**

**A. APPARITION DE NOUVEAUX SYMPTOMES** OUI  
 SI OUI, SPECIFIEZ: \_\_\_\_\_

**B. TRAITEMENT DONNE**

1. CONTINUATION DU TRAITEMENT EN COURS OUI  
 2. CHANGEMENT DE TRAITEMENT OUI  
 SI OUI, SPECIFIEZ: \_\_\_\_\_

**C. RENDEZ-VOUS DONNE** OUI  
 SI OUI: DATE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DELAI: N/JRS \_\_\_\_\_

**5. COMMENTAIRES**

---



---



---

**REPUBLIQUE DU NIGER**  
**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**  
**BASICS/USAID**

Enquête sur la Prise en Charge de l'Enfant Malade  
**3. INTERVIEW DE LA MERE A LA SORTIE DE LA CONSULTATION**

District : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Numéro de l'enquêteur: \_\_\_\_\_  
Etablissement de Santé: Nom: \_\_\_\_\_ Type: [ ] CM [ ] PM [ ] DR  
Nom de l'Enfant : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification de l'enfant: \_\_\_\_\_  
Sexe : \_\_\_\_\_ (F= Féminin; M=Masculin)

*Saluer la mère, se présenter en se nommant et lui dire que vous voudriez lui poser quelques questions à propos de sa visite d'aujourd'hui dans l'établissement de santé. Demander le nom de l'enfant et son état de santé (ne pas oublier d'utiliser le nom de l'enfant au cours de l'interview). Avant de commencer, prendre avec le chef d'équipe la fiche bleue.*

Indiquer l'heure du début de l'interview: Heure \_\_\_\_\_ Min \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES**

1. Quelle est votre ethnies?  
\_\_\_\_\_ Haoussa \_\_\_\_\_ Zarma \_\_\_\_\_ Peul \_\_\_\_\_ Touareg  
\_\_\_\_\_ Autre à préciser
2. Quel âge avez-vous ?  
\_\_\_\_\_ Moins de 20 ans \_\_\_\_\_ 20-24 ans \_\_\_\_\_ 25-29 ans  
\_\_\_\_\_ 30-34 ans \_\_\_\_\_ 35-39 ans \_\_\_\_\_ Plus de 40 ans
3. Quel est votre statut matrimonial ?  
\_\_\_\_\_ Mariée \_\_\_\_\_ Divorcée \_\_\_\_\_ Célibataire \_\_\_\_\_ Veuve  
Si elle est mariée, union polygamique? Oui Non
4. Niveau d'instruction:  
\_\_\_\_\_ Ecole Française  
\_\_\_\_\_ Alphabétisée  
\_\_\_\_\_ Aucun  
Si école Française, pendant combien d'années? \_\_\_\_\_ Année(s)
5. Pratiquez-vous une méthode d'espacement de naissance? Oui Non  
Si Non, passer à la question 6  
Si oui, laquelle? \_\_\_\_\_ Moderne \_\_\_\_\_ Traditionnelle
6. Est-ce que (nom de l'enfant) est sevré? Oui Non
7. Pendant combien de mois avez-vous allaité? \_\_\_\_\_
8. Quelle activité économique pratiquez-vous :  
\_\_\_\_\_ artisanat \_\_\_\_\_ revente \_\_\_\_\_ transformation des produits agricoles  
\_\_\_\_\_ embouche \_\_\_\_\_ élevage \_\_\_\_\_ vente produits de cueillette  
\_\_\_\_\_ Fonctionnaire \_\_\_\_\_ Rien \_\_\_\_\_ Autre à préciser

**ITINERAIRE**

*Ne pas oublier de collecter assez d'informations sur la position de la maison dans le village, en fonction du quartier, d'une infrastructure communautaire, ou du nom de chef de ménage. Demander cette information en présence d'employé du centre de santé, si nécessaire.*

9. Vous venez de quelle localité ? \_\_\_\_\_ (Inscrire le nom en lettres majuscules)

Indications Pour Retrouver la Maison (Nom du Chef de Ménage)

INFORMATIONS SUR L'EPISODE DE LA MALADIE: COMPORTEMENTS ET CONNAISSANCES DE LA MERE

10. Avez-vous conduit votre enfant se faire soigner ailleurs avant de venir dans cet établissement de santé? Oui Non  
Si non, aller à la question 19

11. Si Oui, où l'avez-vous amené? (Si la mère hésite, suggérez les possibilités).  
(Cocher toutes les réponses indiquées)

\_\_\_\_\_ Autre institution de santé (Spécifier) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tradipraticien (Spécifier) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Marabout \_\_\_\_\_ Vendeur de médicaments modernes  
\_\_\_\_\_ Agent de santé communautaire \_\_\_\_\_ Autre (Spécifier) \_\_\_\_\_

*Soins Traditionnels*

12. Au cas où elle s'est déjà présentée dans une autre centre de santé, passer à la question 19.  
Pourquoi avez-vous fait cela (citer le premier choix fait) avant de venir ici au dispensaire?

\_\_\_\_\_ Raison  
13. Après que vous avez remarqué le signe de la maladie (nom de la maladie), combien de jours avez-vous mis avant de faire le premier traitement?

\_\_\_\_\_ le même jour \_\_\_\_\_ 1-2 jours après \_\_\_\_\_ 3-5 jours après  
\_\_\_\_\_ une semaine après \_\_\_\_\_ autre spécifier \_\_\_\_\_

Si c'est le même jour, aller à la question 15

14. Pourquoi ne l'avez-vous pas fait plus tôt?

\_\_\_\_\_ Trop occupée \_\_\_\_\_ Pas d'argent \_\_\_\_\_ Trop loin  
\_\_\_\_\_ La maladie n'était pas grave  
\_\_\_\_\_ Autre Spécifier \_\_\_\_\_

15. Est-ce que vous avez pris cette décision seule ou bien quelqu'un d'autre vous a suggéré d'y aller?  
\_\_\_\_\_ elle a pris la décision \_\_\_\_\_ mari \_\_\_\_\_ belle-mère  
\_\_\_\_\_ voisine \_\_\_\_\_ quelqu'un d'autre: spécifier \_\_\_\_\_

**Si elle n'est pas mariée, passer à la question 17**

16. Si elle est mariée, est-ce que votre mari était d'accord avec cette décision? Oui Non

17. Avez-vous eu besoin d'argent pour traiter l'enfant? Oui Non  
Si non, passer à la question 19

18. Si oui, où avez-vous trouvé l'argent nécessaire? \_\_\_\_\_  
Si oui, combien ça a coûté? \_\_\_\_\_

*Soins Modernes*

19. Depuis le début de la maladie (nom de la maladie), combien de jours avez-vous attendu avant de venir au centre de santé?

\_\_\_\_\_ le même jour      \_\_\_\_\_ 1-2 jour après      \_\_\_\_\_ 3-5 jours après  
\_\_\_\_\_ une semaine après      \_\_\_\_\_ autre spécifier \_\_\_\_\_

Si c'est le même jour, aller à la question 21

20. Pourquoi ne l'avez-vous pas fait plus tôt?

\_\_\_\_\_ Trop occupée      \_\_\_\_\_ Pas d'argent      \_\_\_\_\_ Trop loin  
\_\_\_\_\_ Le maladie n'était pas grave      \_\_\_\_\_ Autre

21. Est-ce que vous avez pris cette décision seule ou bien quelque d'autre vous a suggéré d'y venir?

\_\_\_\_\_ elle a pris la décision      \_\_\_\_\_ mari      \_\_\_\_\_ belle mère  
\_\_\_\_\_ voisine      \_\_\_\_\_ quelqu'un d'autre      spécifier \_\_\_\_\_

Si elle n'est pas mariée, passer à la question 23

22. Si elle est mariée, est-ce que votre mari était d'accord avec cette décision?      Oui      Non

23. Ou avez-vous trouvé l'argent nécessaire?      \_\_\_\_\_

24. L'agent de santé a trouvé que votre enfant a quelles maladies?

\_\_\_\_\_ Diarrhée      \_\_\_\_\_ Fièvre/Paludisme  
\_\_\_\_\_ Toux /Difficulté respiratoire      \_\_\_\_\_ Autre (Spécifier) \_\_\_\_\_

Notes pour l'enquêtrice : clinicien a coché le(s) diagnostic(s) déclaré(s) pendant la visite médicale sur la fiche bleue (reporter le diagnostic(s) dans ce cadre.

\_\_\_\_\_ Diarrhée      \_\_\_\_\_ Fièvre/Paludisme  
\_\_\_\_\_ Toux /Difficulté respiratoire      \_\_\_\_\_ Autre (Spécifier) \_\_\_\_\_

25. DIAGNOSTIC DIARRHÉE?      Oui      Non

Si Non, passer à la question 32      Si Oui :

26. Que croyez-vous être la cause de cette maladie?      \_\_\_\_\_

27. Avez-vous fait quelque chose pour traiter la diarrhée à la maison?      Oui      Non

Si non, passer à la question 28

Si Oui, qu'avez-vous fait ? (Cocher toutes les réponses)

\_\_\_\_\_ Donné du SRO  
\_\_\_\_\_ Donné ESS  
\_\_\_\_\_ Donné tisane/médecine traditionnelle  
\_\_\_\_\_ Donné un autre traitement (Spécifier) \_\_\_\_\_

Où avez vous trouvé ce(s) traitement(s)?      \_\_\_\_\_

28. Avez-vous déjà entendu parler du SRO/ESS pour la diarrhée?      Oui      Non

Si non, passer à la question 32

Si Oui : Pourquoi donne-t-on du SRO/ESS aux enfants qui ont la diarrhée ?

(Cocher toutes les réponses)

\_\_\_\_\_ Pour prévenir la déshydratation (Remplacer l'eau perdue/l'enfant ne se fatigue pas)  
\_\_\_\_\_ Pour arrêter la diarrhée  
\_\_\_\_\_ Autre (spécifier) \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ Ne sait pas

29. Vous a-t-on déjà expliqué/montré comment préparer le SRO/ESS?      Oui      Non

Si Non, passer à la question 32

30. Comment préparez-vous le SRO?  
 Correct (Mélanger un litre d'eau avec un sachet de sels de réhydratation)  
 Pas correct  
 Ne sait pas
31. Comment préparez-vous l'ESS  
 Correct (Mélanger 1 litre d'eau avec 8 carreaux de sucre et 2 pincées de sel à 3 doigts)  
 Pas correct  
 Ne sait pas
32. DIAGNOSTIC FIEVRE/PALUDISME? Oui  Non   
 Si Non, passer à la question 35  
 Si Oui :
33. Que croyez-vous être la cause de cette maladie? \_\_\_\_\_
34. Avez vous fait quelque chose pour traiter la fièvre à la maison? Oui  Non   
 Si Non, passer à la question 35  
 Si Oui, qu'avez-vous fait? (Cocher toutes les réponses)  
 donné de l'aspirine/paracétamol  
 donné de la chloroquine/autre anti-paludéen  
 donné des antibiotiques/gélules achetées au marché  
 baigné l'enfant/enveloppé avec un linge mouillé  
 retiré les vêtements de l'enfant  
 donné une tisane/médecine traditionnelle  
 donné un autre traitement (Spécifier) \_\_\_\_\_  
 Où avez vous trouvé ce(s) traitement(s)? \_\_\_\_\_
35. DIAGNOSTIC TOUX ou DIFFICULTES RESPIRATOIRES? Oui  Non   
 Si Non, passer à la question 38  
 Si Oui :
36. Que croyez-vous être la cause de cette maladie? \_\_\_\_\_
37. Avez-vous fait quelque chose pour traiter l'enfant à la maison ? Oui  Non   
 Si Non, passer à la question 38  
 Si Oui : Qu'avez-vous fait ? (Cocher toutes les réponses)  
 donné du paracétamol/aspirine  
 donné des antibiotiques/gélules  
 donné un tisane/médecine traditionnelle  
 fait une friction  
 donné un sirop contre la toux  
 donné un autre traitement. (Spécifier) \_\_\_\_\_  
 Où avez vous trouvé ce(s) traitement(s)? \_\_\_\_\_
38. Pour chacun des médicaments ORAUX que la mère mentionne, se référer à la fiche bleue, et remplir le tableau suivante en posant les questions ci-dessous :  
 QUELLE QUANTITE de comprimés/gélules ou cuillérées allez-vous donner à l'enfant à chaque prise?  
  
 COMBIEN DE FOIS PAR JOUR allez-vous donner cette prise à l'enfant?  
 PENDANT COMBIEN DE JOURS allez-vous donner ce traitement à l'enfant?

Médicament	Q/Prise	Corr (O/N)	Fois/jour	Corr (O/N)	Jours	Corr (O/N)
Chloroquine						
Antibiotique						
Aspirine						
Paracétamol						
SRO/ESS						

39. La mère sait correctement (Quantité de cpés, Nombre de fois par jour, Nombre de jours) pour tous les médicaments prescrits? Oui  Non

SI NON CORRIGER LES INSUFFISANCES DE LA MERE

#### PRISE EN CHARGE A DOMICILE

Comment prendrez-vous soin de votre enfant de retour à la maison?

(Si la mère hésite, suggérer indirectement les possibilités ci-après et cocher toutes les réponses indiquées).

#### 40. Traitement Général

- Continuer à alimenter l'enfant
- Continuer à allaiter l'enfant
- Donner plus de liquides
- Terminer complètement le traitement donné
- Ramener l'enfant si son état ne s'améliore pas ou s'aggrave
- Revenir pour le rendez-vous donné par l'agent de santé

#### 41. Diarrhée

- Donner SRO/ESS
- Donner à boire après chaque selle/vomissement

#### 42. IRA

- Donner un antibiotique
- Donner un remède inoffensif contre la toux

#### 43. Fièvre/paludisme

- Donner anti-paludéen
- Donner aspirine/paracétamol
- Donner un bain tiède

44. La mère/accompagnant connaît au moins 1 pratique générale et 1 pratique spécifique de la prise en charge à domicile? Oui  Non

SI NON CORRIGER LES INSUFFISANCES DE LA MERE

#### Comment saurez-vous si l'état de l'enfant s'aggrave à la maison?

(Comme plus haut, si la mère hésite suggérer indirectement les possibilités ci-après et cocher toutes les réponses indiquées).

Signes Généraux:

- |                               |                              |                              |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 45. L'enfant refuse de manger | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 46. L'enfant refuse de teter  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 47. L'enfant refuse de boire  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |



- l'agent sur l'état de santé? Oui Non
69. Etiez-vous à l'aise pour poser des questions? Oui Non
70. Est-ce que vous avez compris le rôle de chaque médicament (regardez avec la mère les médicaments reçus)?
- a. Premier médicament \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Rôle \_\_\_\_\_
- b. Deuxième médicament \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Rôle \_\_\_\_\_
- c. Troisième médicament \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Rôle \_\_\_\_\_

*Questions Générales*

71. Que pensez-vous de la disponibilité (temps) de l'agent? \_\_\_\_\_ Bonne \_\_\_\_\_ Moyenne \_\_\_\_\_ Nulle
72. Que pensez-vous de l'amabilité de l'agent? \_\_\_\_\_ Bonne \_\_\_\_\_ Moyenne \_\_\_\_\_ Nulle
73. Que pensez-vous de la durée de la consultation (temps passé en consultation avec l'agent)?  
 \_\_\_\_\_ Suffisante \_\_\_\_\_ Trop breve \_\_\_\_\_ Trop longue . \_\_\_\_\_ Sans réponse

<p>Commentaires Supplémentaires</p>
-------------------------------------

**FIN DE L'INTERVIEW**

Indiquer l'heure de la fin de l'interview Heures: \_\_\_\_\_ Minutes: \_\_\_\_\_  
 Durée de l'interview: \_\_\_\_\_ Minutes

Remercier la femme pour avoir répondu à vos questions et demander lui si elle a des questions à vous poser.

- Verifier qu'elle sait:
- préparer les SRO/ESS oral pour un enfant avec la diarrhée,
  - comment donner les médicaments prescrits
  - quand revenir si l'état de santé de l'enfant s'aggrave
  - quand revenir pour la visite de retour
  - et corriger éventuellement les lacunes ou les erreurs de la mère.

**REPUBLIQUE DU NIGER**  
**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**  
**BASICS/USAID**  
**Enquête sur la Prise en Charge de l'Enfant Malade**

**4. SUIVI DE L'ENFANT MALADE (Deuxième Interview avec la Mère)**

District : _____	Date: __/__/__
Numéro de l'enquêteur: _____	
Nom du village: _____	Distance de l'établissement de santé: ____ km.
Nom de l'Enfant : _____	Numéro d'identification de l'enfant: _____

*Saluer la mère et lui expliquer que vous voudrez lui demander quelques questions à propos de l'état de santé de l'enfant avant la consultation. Ne pas oublier d'appeler l'enfant par son nom au cours de l'interview. Commencer par cocher le(s) diagnostic déclaré(s) pendant la première visite.*

Noter l'heure du début de l'interview de la mère maintenant: Heure \_\_\_\_\_ Min \_\_\_\_\_

**EVALUATION DE L'ENFANT MALADE**

1. Lors de la visite médicale, l'agent de santé a trouvé les maladies suivantes (Vérifier les indications sur la Fiche Bleue (Visite de Retour) et les reporter):

\_\_\_\_\_ Diarrhée/Dysenterie                      \_\_\_\_\_ Fièvre/Paludisme  
 \_\_\_\_\_ Toux /Difficulté respiratoire  
 \_\_\_\_\_ Autre (à Spécifier) \_\_\_\_\_

2. Comment trouvez-vous l'état de santé de votre enfant (nommer l'enfant) aujourd'hui?

\_\_\_ Ça va mieux                      \_\_\_ Complètement guéri  
 \_\_\_ Toujours malade                \_\_\_ Pire qu'avant  
 \_\_\_ Autre (à Spécifier) \_\_\_\_\_

3. Evolution des Maladies

L'évolution de l'état de santé de l'enfant	Ça va mieux	Ça va mieux mais ça persiste	Même chose	Pire qu'avant
Diarrhée				
Toux/IRA				
Fièvre/Palu				
Autre				

4. Il y a-t-il d'autres symptômes qui sont apparues depuis la dernière visite?    Oui    Non  
 Si non, passer à la question 5  
 Si Oui, Spécifier: \_\_\_\_\_

PRISE EN CHARGE A DOMICILE

Adhérence au traitement

5. Voyons ensemble le traitement que vous avez pu donner depuis la visite au dispensaire:  
(Cocher les réponses positives)

Premier jour: Date \_\_/\_\_/\_\_ (Le jour de la visite à l'établissement de santé)

Médicament	Matin	Midi	Après-Midi	Soir
Chloroquine				
Antibiotique				
Aspirine				
Paracétamol				
SRO/ESS				

Deuxième jour: Date \_\_/\_\_/\_\_ Retour au dispensaire: Oui Non

Médicament	Matin	Midi	Après-Midi	Soir
Chloroquine				
Antibiotique				
Aspirine				
Paracétamol				
SRO/ESS				

Troisième jour: Date \_\_/\_\_/\_\_ Retour au dispensaire: Oui Non

Médicament	Matin	Midi	Après-Midi	Soir
Chloroquine				
Antibiotique				
Aspirine				
Paracétamol				
SRO/ESS				

6. La mère a donné correctement (Quantité de cpés, Nombre de fois par jour, Nombre de jours) pour tous les médicaments prescrits?	Oui	Non
---	-----	-----

7. Est-ce que la mère a donné correctement les médicaments? Oui Non

Si oui, passer à la question 8

Si non, quelles ont été les raisons/problèmes? (Cocher toutes les réponses)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> J'ai oublié les instructions  | <input type="checkbox"/> La maladie ne s'améliorait pas  |
| <input type="checkbox"/> L'enfant est guéri            | <input type="checkbox"/> Médicament difficile à préparer |
| <input type="checkbox"/> Médicament difficile à donner | <input type="checkbox"/> L'enfant a vomit après la prise |
| <input type="checkbox"/> Autre                         | Spécifier: _____   |

8. PRESCRIT SRO? Oui Non  
Si non, passer à la question 10
9. Si oui, comment avez-vous préparé le SRO?  
 Correct (Mélanger un litre d'eau avec un sachet de sels de réhydratation)  
 Pas correct
10. PRESCRIT ESS? Oui Non  
Si non, passer à la question 13
11. Si oui, comment avez-vous préparé le ESS?  
 Correct (Mélanger 1 litre d'eau avec 8 carreaux de sucre et 2 pincées de sel à 3 doigts)  
 Pas correct
12. Comment avez-vous donné le SRO/ESS à l'enfant?  
 \_\_\_\_\_
13. COMPRIMES PRESCRITS ? . Oui Non  
Si non, passer à la question 15
14. Si oui, comment avez-vous donné les comprimés à l'enfant?  
 \_\_\_\_\_
15. SIROP PRESCRIT? Oui Non  
Si non, passer à la question 17
16. Si oui, comment avez-vous donné le sirop à l'enfant?  
 \_\_\_\_\_
17. En dehors du traitement prescrit, est-ce que vous avez suivi un autre traitement pour l'enfant? Oui Non  
Si non, passer à la question 18  
Si oui, avec qui l'avez-vous trouvé?  
 Autre institution de santé (Spécifier)  Tradipraticien (à préciser)  
 Marabout  Vendeur de médicaments modernes  
 Agent de santé communautaire  Autre (**Spécifier**) \_\_\_\_\_

Pourquoi avez-vous traité l'enfant chez (préciser le choix)?  
 \_\_\_\_\_

18. Comment avez-vous pris soin de votre enfant à la maison?  
*(Si la mère hésite, suggérer indirectement les possibilités ci après et cocher toutes les réponses indiquées).*

**Traitement Général**

- Continuer à alimenter l'enfant  
 Continuer à allaiter l'enfant  
 Donner plus de liquides

- |  |
|--|
| 19. La mère a appliqué au moins 1 pratique générale de la prise en charge à domicile? <span style="float: right;">Oui Non</span> |
|--|

SI NON CORRIGER LES INSUFFISANCES DE LA MERE

**SATISFACTION**

20. Etes-vous satisfaite des médicaments prescrits? Oui Non  
 Pourquoi? \_\_\_\_\_ préciser
21. Qu'est-ce que vous avez appris de nouveau depuis le commencement de cette consultation?  
 \_\_\_\_\_ préciser

22. Qu'est ce qu'on peut faire pour améliorer la consultation?

---

**Commentaires Supplémentaires**

HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW : Heure \_\_\_\_\_ Min \_\_\_\_\_  
DUREE DE L'INTERVIEW: \_\_\_\_\_ minutes

Remercier la femme pour avoir répondu à vos questions et demander lui si elle a des questions à vous poser.

S'il y a des recommandations importantes sur les actions à entreprendre, vérifiez que la mère, ainsi que les autres membres de la famille, les comprennent. Il s'agit de:

- La continuation du traitement avec la correction des erreurs/lacunes
  - Replacer la mère dans la file d'attente à sa place initiale
-

**Pour les mères qui ne sont pas venues pour la visite de retour**

Pour quelle(s) raison(s) n'etiez-vous pas revenue au dispensaire pour la visite de retour?  
L'enquêtrice doit essayer de trouver les raisons profondes de ce comportement.

**CROYANCES ET COMPORTEMENTS DE LA MERE**

Je voudrais vous demander plusieurs questions sur la maladie. Est-ce que vous pouvez m'expliquer la maladie que l'enfant a? (nom)

Quelles sont les signes et les symptômes qui accompagnent cette maladie?

---

Quels étaient les signes qui vous ont permis de savoir le problème?

---

Quelle est la cause de (nom) cette maladie?

---

L'autre jour, vous avez dit que vous êtes allée chez (chercher la réponse (x) de questionnaire 2) après avoir remarqué les signes.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Le Centre de Santé           | <input type="checkbox"/> Marabout                        |
| <input type="checkbox"/> Tradi praticien              | <input type="checkbox"/> A la maison                     |
| <input type="checkbox"/> Autre institution de santé   | <input type="checkbox"/> Vendeur de médicaments modernes |
| <input type="checkbox"/> Agent de santé communautaire | <input type="checkbox"/> Autre (Spécifiez) _____         |

Pourquoi avez-vous choisi le soignant ci-dessus (Croyance sur la maladie, sévérité de la maladie, célébrité reconnue du soignant )

---

Avez eu besoin de la permission de votre époux afin d'y aller?  
(mentionner le choix) Oui                  Non

Pourquoi pas ne l'avez-vous pas fait plus tôt?  
 Trop occupée     Pas d'argent     Trop loin     Autre

Qu'est-ce que vous avez fait après?

---

Avez-vous eu besoin de la permission de ton mari pour venir au centre de santé? (mentionner le choix) Oui                  Non

Où avez-vous trouvé l'argent nécessaire? Oui                  Non

Quels sont les signes de danger nécessitant l'évacuation de l'enfant?

---

**APPENDIX C**  
**PROFILES SANITAIRES DES DISTRICTS**

**PROFILES SANITAIRES DES DISTRICTS**  
**2IEME TRIMESTRE - 1996**

VARIABLE	BOBOYE	%	B N' KONNI	%	G ROUMJI	%	TOTAL	%
SUPERFICIE: KM	4423		4661		4700		13784	
POPULATION 1996								
MOINS DE 5 ANS	45362	100	55495	100	47480	100	148337	100
ACCES: < 5 KM	12248	27	19978	36	12820	27	45046	30
≥ 5 KM	33114	73	35517	64	34660	73	103291	70
DENSITE/KM2	10		12		10		11	
PEV								
ECV								
ROUGEOLE								
MORBIDITE		PDM		PDM		PDM		PDM
PALUDISME	1168	257	2387	430	657	138	4212	284
ACCES PERN.	15	3	43	8	24	5	82	6
PALU SIMPLE	1153	254	2344	422	633	133	4130	278
DIARRHEE	1307	288	1938	349	1331	280	4576	308
SIMPLE	866	191	1668	301	540	114	3074	207
SANGLANTE	441	97	270	49	791	167	1502	101
IRA	2609	575	3381	609	2749	579	8739	589
ORL	221	49	545	98	126	27	892	60
TOUX/RHUME	663	146	1054	190	1201	253	2918	197
PNEMONIE	1539	339	1711	308	1306	275	4556	307
PNEMONIE GRAVE	186	41	71	13	116	24	373	25

**APPENDIX D**  
**REPARTITION DES MOTIFS DE CONSULTATION**

**REPARTITION DES MOTIFS DE CONSULTATION**

ENQUETE DE DECEMBRE 1996	CAS	%
TOTAL	153	100
FIEVRE	119	78
TOUX	101	66
DIARRHEE	81	53

  

ENQUETE DE MAI 1997 (ESTIMATIONS PAR DISTRICT)	CAS	%
TOTAL	120	100
FIEVRE	94	78
TOUX	79	66
DIARRHEE	64	53

ABREVIATIONS

PDM POUR DIX MILLE

ECV ENFANT COMPLETEMENT VACCINE

**APPENDIX E**  
**COMPARAISON DES ORDINOGRAMMES SPT/PCC**  
**EVALUATION DU MOTIF DE TOUX/DIFFICULTE RESPIRATOIRE**

**COMPARAISON DES ORDINOGRAMMES SPT/PCC  
EVALUATION DU MOTIF DE TOUX/DIFFICULTE RESPIRATOIRE**

CLASSIFICATION	SIGNES - PCC	SIGNES - SPT
TOUX/RHUME	PAS DE SIGNE D'ALARME RESPIRATIONS/MINUTE 0-1 M. < 60 2-11 M. < 50 12-59 M. < 40	TEMPERATURE: < 38 PAS DE QUINTES
PNEUMONIE SIMPLE	PAS DE SIGNE D'ALARME RESPIRATIONS/MINUTE 0-1 M. ≥ 60 2-11 M. ≥ 50 12-59 M. ≥ 40 PAS DE TIRAGE SOUS-COSTAL	TEMPERATURE: ≥ 38
GRAVE	SIGNE D'ALARME OU TIRAGE SOUS-COSTAL RESP. RAPIDE PAS NECESSAIRE	

NOTEZ: La température est considérée seulement dans l'approche SPT. La classification de la PCC est basée sur la rapidité respiratoire et le tirage sous-costal de l'enfant calme.

**EVALUATION DU MOTIF DE FIEVRE/CORPS CHAUD**

CLASSIFICATION	SIGNES - PCC	SIGNES - SPT
PALUDISME SIMPLE	TEMPERATURE > 38 PAS DE SIGNE D'ALARME PAS D'AUTRE CAUSE	TEMPERATURE > 38 PAS DE SIGNE D'ALARME PAS D'AUTRE CAUSE
PALUDISME GRAVE	TEMPERATURE > 39 SIGNE D'ALARME OU ANEMIE	TEMPERATURE > 39 SIGNE D'ALARME
PAS DE PALUDISME	TEMPERATURE > 38 RHUME/ROUGEOLE/AUTRE CAUSE	TEMPERATURE > 38 AUTRE CAUSE

55

**EVALUATION DU MOTIF DE DIARRHEE**

CLASSIFICATION	SIGNES - PCC	SIGNES - SPT
DIARRHEE		PLAN A, B, OU C
AIGUE	DUREE < 14 JOURS	
SIMPLE	PLAN A OU PLAN B	
GRAVE	SIGNE D'ALARME OU PLAN C	
PERSISTANTE	DUREE > 13 JOURS	
DIARR. SANGLANTE	SANG DANS LES SELLES	
DYS. BACILLAIRE		TEMPERATURE ≥ 38
DYS. AMIBIENNE		TEMPERATURE < 38

NOTEZ: La diarrhée persistante dans les données du SNIS donc la SPT ne fait pas de distinction entre diarrhée aiguë et diarrhée persistante et classifie la diarrhée sanglante suivant la présence ou pas de fièvre. En ce qui concerne le diagnostic de déshydratation, la SPT regarde seulement le pli cutané. Pour la PCC, il faut au moins un signe majeur (état général, soif ou pli cutané) et un signe mineur (yeux enfoncés, larmes quand l'enfant cri, et la bouche/langue sèche).

54

**TRAITEMENT DU DIAGNOSTIC D'AFFECTION RESPIRATOIRE AIGUE**

CLASSIFICATION	THERAPIE - PCC	THERAPIE - SPT
TOUX/RHUME	PAS D'ANTIBIOTIQUES CONSEILS DE PEC A DOMICILE	LAVAGE DES FOSSES NASALES ASPIRINE ERYTHROMYCINE (si FV)
PNEUMONIE SIMPLE	COTRIMOXAZOLE ORAL OU AMOXICILLINE ORAL CONSEILS DE PEC A DOMICILE	COTRIMOXAZOLE ORAL ASPIRINE CHLOROQUINE
GRAVE	BENZYL PENICILLINE INJ. OU AMPICILLINE INJECTABLE HOSPITALISATION	HOSPITALISATION

NOTEZ: En cas de fièvre, la SPT traite aussi pour le paludisme.  
Les conseils de prise en charge à domicile de la PCC  
comprennent les suivants:

Conseils généraux

Administration correctes des médicaments

Augmentation des liquides

Continuation de l'alimentation

Conseils spécifiques par rapport au diagnostic

Signes d'aggravation

**TRAITEMENT DU DIAGNOSTIC DE PALUDISME/ROUGEOLE**

CLASSIFICATION	THERAPIE - PCC	THERAPIE - SPT
PALUDISME SIMPLE	CHLOROQUINE PARACETAMOL CONSEILS	CHLOROQUINE ASPIRINE
PALUDISME GRAVE	SELS DE QUININE DIAZEPAM SI CONVULSIONS HOSPITALISATION	SELS DE QUININE ET CHLOROQUINE DIAZEPAM SI CONVUL.
ROUGEOLE	VITAMINE A PARACETAMOL CONSEILS	BENZYL PENICILLINE

TRAITEMENT DU DIAGNOSTIC DE DIARRHÉE/DYENTERIE

CLASSIFICATION	THERAPIE - PCC	THERAPIE - SPT
DIARRHÉE AIGUE SIMPLE GRAVE	SRO/ESS + CONSEILS PERFUSION HOSPITALISATION	ESS PERFUSION HOSPITALISATION
DIARR. SANGLANTE DYSENTERIE	SRO/ESS COTRIMOXAZOLE CONSEILS	
DYS. BACILLAIRE		ESS COTRIMOXAZOLE CHLOROQUINE PARACETAMOL
DYS. AMIBIENNE		ESS METRONIDAZOLE

NOTEZ: En cas de fièvre, la SPT traite aussi pour le paludisme.

**ANNEXE F**  
**GUIDE DE FORMATION**

# GUIDE DE FORMATION DES ENQUETEURS

Niamey, le 11 Avril 1997

## GUIDE DE FORMATION DES ENQUETEURS

### I. INSTRUCTIONS GENERALES

#### I.1 Coordination et supervision

Le chef d'équipe devra présenter les membres de l'équipe au personnel de santé et aux autorités locales. Il donnera les raisons de la visite aux établissements de santé sélectionnés qui auront été prévenus au préalable.

Le chef d'équipe impliquera les mères dans le choix des enfants malades notamment en établissant une communication sincère concernant les attentes des enquêteurs tant à la première visite qu'à la visite de retour.

Le chef d'équipe assurera la sélection correcte des enfants à retenir pour l'enquête.

Il vérifiera que tous les enfants sélectionnés sont observés, organisera l'ordre de passage, et s'assurera que leurs mères sont interrogées par une enquêtrice. Il s'assurera aussi que l'enquêtrice a replacé la mère enquêtée à sa place initiale dans la file d'attente.

Pendant cette visite, le chef d'équipe vérifiera que tous les questionnaires sont correctement et complètement remplis. D'autre part, le chef d'équipe règlera les problèmes éventuels, aidera au remplissage des questionnaires de l'observation et des interviews, si nécessaire. Le chef d'équipe rassemblera tous les questionnaires remplis et les vérifiera un par un en fin de journée.

#### I.2 Observation de l'agent de santé (Questionnaire 1)

L'enquêteur chargé d'observer l'agent de santé regardera la prise en charge des enfants qui viendront à la consultation et sera posté dans la salle de consultation. Il doit être suffisamment près pour pouvoir entendre la conversation entre l'agent de santé et la mère et pour observer avec précision les gestes de l'agent de santé, mais aussi suffisamment éloigné **pour ne pas interférer** dans la conversation.

Il est important que la personne chargée de l'observation de l'agent de santé n'interrompe pas la consultation en parlant avec l'agent de santé ou la mère. Il doit néanmoins, au début de la matinée, **demander à l'agent de santé de décrire certains de ces gestes à voix haute**. Il utilisera le questionnaire 1 pour noter les raisons de la venue de l'enfant, les questions posées par l'agent de santé et la prise en charge de l'enfant. De plus, il devra chronométrer le temps de chaque consultation. La plupart des questions peuvent être remplies en encerclant la réponse appropriée. Il est estimé qu'environ une dizaine d'enfants en moyenne seront observés dans chaque établissement de santé visité pour la première visite, 6 pour les visites de retour et 2 qui pourraient être recherchés au niveau de leur foyer.

Le chef d'équipe et l'enquêteur s'alterneront pour éviter aux mères une longue attente. Après l'observation du premier cas l'enquêteur examinera rapidement l'enfant et notera les données manquantes sur la fiche destinée à cet effet.

### **I.3 Fiche synthétique de vérification de la prise en charge et du suivi de l'enfant malade (questionnaire 2)**

La fiche synthétique de vérification de la prise en charge et du suivi de l'enfant malade est un instrument de collecte de données systématiques applicable tant au cours de la première visite qu'à la visite de retour. Elle vise une récapitulation rapide et complète des principales informations qui permettent de calculer à main levée les indicateurs d'appréciation de l'efficacité de la prise en charge de l'enfant malade, eu égard à l'implication de la mère dans le suivi à domicile.

Cette fiche doit commencer à être utilisée dès la première visite. Remplie après l'observation de la prise en charge, elle permet d'orienter le choix du chef d'équipe et du clinicien quant à l'inclusion de l'enfant dans l'échantillon à retenir pour le suivi de la visite retour.

La fiche doit être remplie avec la précaution de ne pas omettre les informations à mentionner dès la première visite mais aussi de ne pas porter des réponses sur les questions se rapportant à la visite de retour avant même que celle-ci ne se soit déroulée.

### **I.4 Interview de la mère après consultation de la première visite (Questionnaire 3)**

L'enquêtrice chargée d'interroger les mères des enfants malades fera le deuxième questionnaire, juste après la fin de la consultation dans un endroit séparé comme une salle de dispensaire ou à l'extérieur (avec places assises de préférence) pour mettre la mère à l'aise. Elle demandera les informations sur la démographie, les aspects socio-économiques, la raison de la consultation, les traitements que l'enfant a reçus avant venir au dispensaire, et les croyances qui l'ont incité à consulter. En outre, elle déterminera les soins et les conseils reçus au centre de santé, les connaissances de la mère sur le traitement reçu (posologie/préparation), et appréciera la satisfaction de la mère quant à la consultation. **Toutes les mères/accompagnantes** dont les enfants ont été sélectionnés pour l'observation de l'agent de santé doivent être interrogées. Si la mère ne comprend pas les instructions médicales, il est du devoir de la communicatrice de les lui expliquer.

### **I.5 Interview de la mère avant la consultation de visite retour (Questionnaire 4)**

Pour le questionnaire 4, la même mère sera interrogée par la même communicatrice que le questionnaire deux. L'enquêtrice chargée d'interroger la mère pour la visite retour, le fera avant la consultation dans un endroit isolé. Elle demandera les informations sur l'évolution de l'état de santé de l'enfant, l'adhérence de la mère au traitement, et ses connaissances sur les signes d'aggravation de la maladie. Les comportements de la mère face à la maladie et sa satisfaction quant à la prestation du dispensaire sont autant d'éléments que l'enquêtrice cherchera à déterminer.

## **II. REGLES GENERALES**

### **II.1 Remplissage des questionnaires**

Il est important que chaque questionnaire / interview soit conduit exactement comme il a été convenu pendant la formation. **NE SUPPOSEZ PAS, NE DEVINEZ PAS.** Si un enquêteur n'est pas sûr de ce qu'il doit noter, s'il hésite entre plusieurs options ou s'il se pose quelque question que se soit, il doit demander conseil à son chef d'équipe.

**La validité des résultats de l'enquête dépendra de la façon dont chaque enquêteur aura rempli les questionnaires sur le même principe.**

Il est important que chaque questionnaire soit rempli de façon claire et lisible. Les points suivants sont à souligner:

Ecrivez lisiblement

N'utilisez qu'un crayon pour remplir les questionnaires (jamais de bic).

Assurez-vous que les croix/cercles ne chevauchent pas deux réponses.

Pour les questions où la réponse est Oui ou Non, encerclez la réponse appropriée

Si la réponse n'est pas exactement une de celles proposées mais s'en rapproche, marquez une croix dans la réponse dont le sens est le plus proche

Si la mère ou l'agent de santé fournit une réponse qui ne figure pas parmi l'une de celles proposées, marquez une croix dans l'espace "Autre" et spécifiez la réponse donnée.

Pour les questions ouvertes, l'enquêtrice devra encourager la mère à donner une réponse sans pour autant l'influencer.

### **II.2 Informations supplémentaires**

Il est important que les questionnaires soient remplis de la façon la plus simple possible et que seuls les espaces appropriés soient remplis. Néanmoins, si l'enquêteur pense qu'il est nécessaire d'ajouter une information qui peut être utile, il doit en discuter avec son chef d'équipe. Cette information peut être écrite dans la marge ou dans un cadre à la fin de questionnaire.

### **II.3 Questions à sauter**

En fonction de la réponse de la mère ou de l'agent de santé à certaines questions, il peut être nécessaire de sauter une ou plusieurs questions. Dans ce cas, il est important de passer à la question indiquée sur le questionnaire. S'il n'y a pas d'instructions spécifiques sur le questionnaire, posez toujours la question suivante.

### **II.4 Relation-Enquêteur-Enquêté**

Il est important que les membres des équipes de l'enquête soient toujours polis et respectueux. De plus, ils doivent essayer d'interroger la mère à la sortie de la consultation aussi rapidement que possible, de façon à ce que les mères n'attendent pas trop longtemps. Il est important de toujours remercier les mères pour leur coopération et de répondre à toutes les questions qu'elles peuvent poser. Si l'enquêteur ne connaît pas la réponse à une question de la mère, il doit demander l'avis du chef d'équipe.

### **III. DEROULEMENT DE L'ENQUETE**

#### **III.1 Arrivée à l'établissement de santé**

Elle s'effectuera dans chaque centre de santé la veille du jour de l'enquête, le chef d'équipe doit présenter les membres de l'équipe et expliquer la raison de la visite.

Le matin les membres de l'équipe doivent se diviser en fonction de leurs responsabilités pendant la durée de la journée de travail. Le chef d'équipe rappellera le rôle et les responsabilités de chaque membre pendant la durée de l'enquête qui est de 6 jours par centre.

#### **III.2 Enquêteur observant la consultation entre l'agent de santé, la mère et l'enfant**

Dans la plupart des centres de santé, il n'y aura qu'un seul agent de santé responsable de la consultation des enfants malades; dans ce cas, l'enquêteur doit se trouver dans la salle de consultation avec l'agent de santé. Dans le cas où il y aurait plus d'un agent de santé assurant la consultation des enfants malades, l'enquêteur doit sélectionner celui le plus qualifié. Un nouveau questionnaire doit être utilisé pour chaque enfant observé. Si une mère vient avec plusieurs enfants malades, autant de questionnaires d'observation doivent être remplis.

#### **III.3 Enquêteur faisant l'interview de la mère**

Juste après la consultation, les mères d'enfants observés doivent être interrogées sans délai. Il est souvent plus facile d'interroger la mère à l'extérieur de l'établissement, à l'écart des autres mères et enfants. Il est important d'éviter que les mères qui attendent soient vues ensemble; la participation d'un groupe peut biaiser les réponses. Les interrogatoires des mères doivent se dérouler dans la langue locale utilisée pour qu'elles comprennent parfaitement les questions. Dans certains cas (enquêteur ne parlant pas le dialecte de la mère), il faut trouver un interprète. Il faut s'assurer que l'interprète comprend bien les questions et qu'il transmet fidèlement les réponses. Il est de la responsabilité du chef d'équipe de trouver un interprète. Un questionnaire d'interview de la mère doit être rempli pour chacune des mères dont l'enfant a été observé.

#### **III.4 Rôle du chef d'équipe**

Pendant la visite à l'établissement de santé, le chef d'équipe est responsable de:

**L'identification des enfants à sélectionner pour l'enquête:** dans le cas où il y a beaucoup d'enfants à la consultation, le chef d'équipe devra faire un échantillonnage systématique et déterminer le pas de sondage pour sélectionner environ une dizaine d'enfants à inclure ce jour là. Les mères de chaque enfant retenues doivent recevoir un papier d'identification pour permettre aux autres enquêteurs de les repérer facilement.

**Du soutien aux enquêteurs:** répondre à leurs questions et les assister dès que nécessaire.

**La vérification régulière des questionnaires** pour s'assurer qu'ils sont remplis soigneusement et complètement. Pour ce faire, il est bon que le chef d'équipe assiste à quelques observations des enfants ou interviews de la mère et agent de santé en même temps que l'enquêteur. Il pourra ainsi vérifier la validité des réponses écrites en relisant le questionnaire dès qu'il a été rempli. Si le chef d'équipe perçoit des problèmes par rapport

à certaines réponses, il doit en discuter le plus rapidement possible avec l'enquêteur et corriger éventuellement le questionnaire.

A la fin de la journée, le chef d'équipe **recueille tous les questionnaires remplis du jour et les réexamine** avec les enquêteurs. Il s'enquerra aussi de leurs impressions générales sur le déroulement de l'enquête (difficultés avec les questionnaires ou méthodologie) au cours de la journée.

Le chef d'équipe veillera en outre à une bonne organisation de l'acheminement des questionnaires vérifiés au niveau de l'unité de saisie mise en place.

## **IV. SELECTION DES ENFANTS A INCLURE DANS L'ENQUETE**

### **IV.1 Organisation**

Le chef d'équipe sera responsable de la sélection des enfants à inclure dans l'enquête, au fur et à mesure qu'ils arrivent à l'établissement de santé. Tout enfant de moins de 5 ans se présentant à la consultation et dont la mère dit qu'il a: la fièvre/paludisme, la diarrhée ou la toux/difficulté/respiratoire, doit être inclus dans l'échantillon.

Une carte d'identification sera donnée à ces mères pour permettre aux enquêteurs de les identifier facilement. Il est important que le chef d'équipe se poste à un endroit du centre de Santé où il peut identifier tous les enfants et mères venant à la consultation et demander aux mères le motif de leur visite. Seuls les enfants qui remplissent les critères cités plus haut seront inclus dans l'enquête; les enfants venant pour un autre motif de consultation ne seront pas inclus (PEV, Surveillance nutritionnelle) .

### **IV.2 Instructions de remplissage de la fiche d'inscription**

#### **A. Triage dans la salle d'attente (Chef d'équipe)**

Remplissez une fiche d'inscription pour chaque enfant sélectionné pour l'enquête.  
Pour cela :

1. Attribuez un chiffre à l'enfant en commençant par le numéro "1" pour le premier enfant inscrit dans l'établissement de santé.
2. Ecrivez le nom de l'enfant (en lettres d'imprimerie) et notez le sexe
3. Ecrivez l'âge en mois et la date de naissance si possible en utilisant le Carnet de Santé ou autre source écrite. Rappelez-vous que cette enquête concerne seulement les enfants de moins de 5ans soit 0-59 mois révolus.
4. Demandez la relation de l'accompagnant à l'enfant et spécifiez si ce n'est la mère. Ne retenir que cas où l'accompagnant s'est occupé de l'enfant pour au moins 14 jours.
5. Notez la provenance (ville/village) et la distance de l'établissement de santé. Ne retenir que les cas provenant de la zone d'accès située en territoire Nigérien (pas plus de 5 km de l'établissement sanitaire).
6. Inscrivez les motifs principaux de la visite évoqués par l'accompagnant (il ne faut rien suggérer). Ne retenir que les cas où il y a au moins un motif parmi ceux qui nous intéressent: diarrhée, corps chaud (fièvre), toux/difficulté respiratoire, rougeole.
7. Dans certains établissements de santé les enfants sont pesés et les températures prises systématiquement avant la consultation. Si ce n'est pas le cas, notez ces résultats sur la fiche.
8. Notez de quelle visite il s'agit pour la maladie courante. Sont donc à exclure les visites de retour et seront seulement retenus les cas venus pour la première consultation.
9. Pour les enfants retenus, donnez la Fiche d'Inscription à l'accompagnant et demandez-lui de la garder. Cochez la case sur la Fiche que cette action est accomplie.

**B. Observation de la Prise en charge (Clinicien)**

1. Lorsque l'enfant arrive pour la consultation, demandez la Fiche à l'accompagnant et reportez les informations sur le questionnaire 1.
2. A la fin de l'observation de l'enfant, cochez la case prévue sur la Fiche pour indiquer que l'observation de la prise en charge a été accomplie.
3. Si l'enfant n'est pas exclu de l'étude après l'observation, procédez à un examen de vérification de la PEC dans une salle autre que celle de l'agent de santé observé. Quand l'examen est terminé, cochez la case appropriée sur la Fiche.
4. Si l'enfant est retenu pour le suivi, notez la date de la Visite Retour sur la Fiche. Ensuite reportez le (s) diagnostic (s) et médicaments donnés sur le questionnaire 2 et introduisez l'accompagnant à la communicatrice chargée de l'interview.
5. Portez toutes les informations ci-dessus sur la fiche bleue et la remettre à la communicatrice.

**C. Interview de l'accompagnant (mère ou autre) après l'observation (communicatrice)**

1. Saluez l'accompagnant et invitez le à s'asseoir dans un endroit calme pour l'interview (questionnaire 2). Quand l'interview est terminé, cochez la case appropriée sur la Fiche.
2. Remplissez la Fiche de Visite Retour, donnez-la à l'accompagnant et demandez-lui de la garder pour la visite de retour. Cochez la case sur la Fiche d'Identification que cette action a été accomplie.
3. Finalement joignez la Fiche d'Inscription dûment remplie aux Questionnaires 1 et 2 et donnez les documents au chef d'équipe.

**D. Vérification (Chef d'équipe)**

1. Vérifiez que les documents sont au complet et gardez-les dans la chemise qui correspond à l'établissement de santé.

## V. GUIDE D'UTILISATION DES QUESTIONNAIRES

### V.1 Observation de la Prise en Charge de l'Enfant

#### V.1.1 Informations et identification

Numéro de l'enquêteur _____	Date ___/___/___
Etablissement de Santé _____	
District : _____	Type: [ ] CM [ ] PM [ ] DR
Agent de Santé: _____	Type: [ ] TSSI [ ] IDE [ ] SF [ ] IC
Numéro d'identification de l'enfant: _____	Nom de l'enfant: _____
Enfant: Age en mois _____	Date de Naissance (Carnet de santé): ___/___:___
Sexe : Masculin _____ Féminin _____	Poids(kg) _____
Relation de l'accompagnant à l'enfant: Mère ___ [ Autre _____	Depuis Mois: _____
Village/Ville: _____	Distance _____ (km) Pays: _____
Aujourd'hui: Jour de marché: Oui Autre événement (précisez) _____	

#### A. Numéro de l'enquêteur

Chaque participant à l'enquête recevra un numéro personnel. Ce numéro doit être inscrit pour chaque questionnaire rempli. Il est utile que chaque enquêteur inscrive son numéro dans l'espace réservé à cet effet dès le début de la journée. Chaque enquêteur/chef d'équipe garde le même numéro pendant toute la durée de l'enquête, alors que les noms et type d'établissements de santé changent régulièrement. Si un enquêteur a oublié son numéro, il doit consulter son chef d'équipe qui en a la liste.

#### B. Numéro d'identification de l'enfant

Le numéro d'identification de l'enfant est un numéro attribué à chaque enfant inclus dans l'enquête. Le même numéro utilisé pour le questionnaire -OBSERVATION- doit être le même que celui portant sur l'INTERVIEW DE LA MERE de l'enfant retenu. A chaque établissement de santé, tous les enfants inclus recevront un numéro: 1 pour le premier enfant consulté, 2 pour le second, etc. Toutes les informations recherchées au niveau de l'encadré doivent aussi être mentionnées.

#### V.1.2 Observation du personnel de santé (questionnaire 1)

Ce questionnaire doit être utilisé pour tous les enfants qui répondent aux critères d'inclusion de l'enquête. L'enquêteur doit observer l'agent de santé pendant qu'il fait la consultation de l'enfant avec sa mère. Comme il a été dit précédemment, il est important que les enquêteurs se placent à un endroit où ils peuvent voir et entendre l'interaction entre l'agent de santé et la mère. Mais il faut aussi qu'ils soient aussi discrets que possible et qu'ils n'interrompent pas la consultation.

Chaque consultation doit être minutée depuis le moment où la mère entre dans la salle de consultation avec son enfant. L'enquêteur doit donc noter précisément l'heure à partir du moment où la consultation commence ainsi que l'heure à laquelle elle prend fin. L'enquêteur doit

observer l'agent de santé au moment de l'accueil et noter s'il salue la mère et lui propose un siège.

#### **A. Motif de consultation et informations préliminaires**

##### **Q 1:**

Placez une croix dans l'espace correspondant au motif se rapprochant le plus de celui donné par la mère au moment de la consultation. Il est possible qu'un enfant présente plusieurs symptômes. Si le motif est différent de ceux inscrits sur le questionnaire, l'enquêteur doit s'adresser à son chef d'équipe dans la mesure où il est probable que l'enfant ne devrait pas être inclus dans l'échantillon.

##### **Q 2 - 9:**

Cette section du questionnaire peut être remplie en observant l'agent de santé et en écoutant avec attention les questions posées par l'agent de santé. Il sera parfois nécessaire de rappeler à l'agent qu'il doit s'exprimer à haute voix. Il est important d'encrer Oui ou Non pour toutes les questions. Dans bien des cas, il est possible que l'agent de santé ne pose qu'une ou deux questions. Les questions non posées (ou informations non recueillies) doivent alors être encrées -Non-.

#### **B. Interrogatoire et examen clinique**

##### **Q 10 - 29:**

Il est important de cocher Oui ou Non pour toutes les questions de 10 à 29. Certaines des questions peuvent être remplies sur la base de l'observation directe.

#### **C. Diagnostic et traitement**

##### **Q 30 - 42:**

Toutes les questions relatives au diagnostic doivent être remplies. L'agent de santé peut faire un ou plusieurs diagnostics. De temps en temps, il sera difficile durant la consultation de déterminer quel diagnostic a posé l'agent de santé. Dans ce cas, l'enquêteur ne doit pas interrompre la consultation. Au contraire, il doit attendre la fin de la consultation pour demander à l'agent de santé quel(s) diagnostic(s) il a fait pour l'enfant. Si l'agent de santé n'a pas fait de diagnostic, alors ceci doit être noté- Oui - à la question 30 et dans ce cas passer à la question 43.

#### **D. Médicaments administrés ou prescrits**

##### **Q 43 - 58:**

L'agent de santé peut administrer certains médicaments à l'établissement de santé (injection d'antibiotique, paracétamol, SRO par exemple). Une croix doit être inscrite pour tous les médicaments que l'enquêteur a vus administrer. Si l'agent de santé recommande que la mère achète des médicaments ou des SRO, alors ils sont notés dans la colonne - PRESCRIT-Si l'agent

68

de santé prescrit des médicaments, il n'est pas toujours possible de savoir immédiatement quels médicaments sont prescrits, à moins que la mère en soit informée. Dans ce cas, l'enquêteur demande à l'agent de santé quelle est sa prescription.

**E. Communication interpersonnelle (conseils donnés à la mère)**

**Q 59 - 76:**

Si l'agent de santé administre ou prescrit des médicaments pour l'enfant, il est important d'écouter et d'observer attentivement s'il donne à la mère des conseils sur la façon de donner les médicaments. Notez à ce sujet les quantités données, le nombre de prises par jour, le nombre de jours de traitement et la quantité totale donnée. Si des SRO sont donnés, l'enquêteur doit observer si des conseils sont dispensés à la mère quant au mode de préparation. S'il s'agit de comprimés, notez aussi si des explications ont été données à la mère sur la façon d'administrer ces produits à l'enfant une fois arrivée à domicile.

Il est important de mentionner tous les conseils donnés à la mère sur la prise en charge à domicile (question 62 à 71) . Les questions 72 à 76 reflètent la synthèse de la consultation. Toutes les questions s'y rapportant doivent par conséquent être remplies par -Oui- ou -Non-.

## **VI. INTERVIEW DE LA MERE (Questionnaire 3)**

Il est important d'être courtois avec la mère pendant la durée de l'interview afin de la mettre à l'aise. Si elle ne sait pas répondre à une question, assurez-vous qu'elle l'a bien comprise. Si elle répond qu'elle "Ne sait pas," passez à la question suivante sans la critiquer. Si la mère vous pose des questions durant l'interview, dites-lui que vous y répondrez, à la fin de l'interrogatoire. Pour certains questions, l'enquêtrice peut indirectement suggérer les réponses mais elle ne doit pas lire la liste des réponses possibles. Pour d'autres questions, il peut être utile d'encourager la mère à répondre en disant "y a-t-il autre chose à laquelle vous pensez" ou "y a-t-il autre chose que vous voudriez ajouter". Concernant les question ouvertes, il faudra les reformuler si elles sont mal comprises, toujours sans guider la mère.

Vous devez vous assurer que le numéro d'identification de l'enfant dans le questionnaire "Interview de la mère" correspond bien à celui de l'enfant observé (questionnaire "Observation de l'agent de santé").

Avant de commencer l'enquête, le chef d'équipe aura rempli la fiche bleue au fonction des informations contenues dans l'encadré à la page 9, question 4 du premier questionnaire, précisant le diagnostic réel.

### **VI.1 Questions générales**

#### **Q 1-8:**

Commencez par les informations démographiques et socio-économiques, concernant l'ethnie, l'âge, le statut matrimonial, l'instruction de la mère, la pratique de l'espacement de naissance, et l'allaitement de l'enfant. L'enquêtrice devra préciser le nombre de mois d'allaitement et s'il n'est pas encore sevré cela revient à mettre l'âge (en mois) de l'enfant. Aussi, elle demandera à la mère son activité économique.

#### **Q 9:**

Demandez à la mère où elle habite et préciser les indications dans le cadre (notamment le nom de chef de ménage) qui permettent de retrouver la maison au cas où la mère ne vient pas pour la visite retour. Cela, si possible un présence de quelqu'un qui connaît bien le village (un manoeuvre ou autre employé de centre de santé).

### **VI.2 L'épisode de la maladie et connaissances de la mère**

#### **Q 10-11:**

Ces questions concernent les différentes démarches que la mère a entreprises depuis l'apparition des premiers signes de la maladie.

**A. Soins Traditionnels**

**Q 12-18:**

L'enquêtrice devra préciser le délai avant la première consultation traditionnelle et la raison si le délai était long. Au cas où la consultation a eu lieu le même jour, ne posez pas la question qui suit sur les raisons. L'enquêtrice demandera à la mère de spécifier le type de consultation et les raisons de choix.

Si la première consultation a eu lieu dans un centre de santé, passer à la question 19.

**B. Soins Modernes**

**Q 19-24:**

On retrouve les mêmes préoccupations que pour les soins traditionnels. On vérifiera aussi si la mère a compris le diagnostic fait par l'agent de santé.

**C. Diarrhée**

**Q 25-31:**

Si le diagnostic de diarrhée est confirmé, demander à la mère la cause de cette maladie et le traitement qu'elle a fait avant de venir au centre de santé. Elle précisera aussi ses connaissances par rapport au SRO ou ESS (rôle et préparation de la solution). Si l'enfant n'a pas la diarrhée, l'enquêtrice doit encrer Non pour la Q. 25, et passer directement à la question 32 sur le diagnostic fièvre/palu. Si la mère n'a pas traité l'enfant avant de venir au dispensaire, passer à la question 28. Pour les questions 28 ou 29, si la réponse est "Non," passer à la question 32.

**D. Fièvre**

**Q 32-34:**

Si l'enfant a la fièvre, demander à la mère d'expliquer ses croyances sur cette maladie et ce qu'elle a fait pour la traiter à la maison. Si l'enfant n'a ni la fièvre, ni le paludisme, passez à la question 35 sur le diagnostic toux ou difficultés respiratoires.

**E. IRA**

**Q 35-37:**

Si l'enfant a la toux ou les difficultés respiratoires, demander à la mère d'expliquer ses croyances sur cette maladie et ce qu'elle a fait pour la traiter à la maison. Si l'enfant n'a pas une affection respiratoire, passez à la question 38 sur le traitement prescrit par l'agent de santé.

## **F. Connaissance de la mère**

### **\* Médicaments donnés ou prescrits**

#### **Q 38-39:**

Cette question concerne les médicaments prescrits par l'agent de santé uniquement, suite au diagnostic qu'il a posé.

Si la mère a reçu des médicaments ou une prescription qui figure sur le tableau, remplissez-le en demandant à la mère la quantité (comprimés/capsules/cuillérées) qu'elle donnera à chaque prise, le nombre de fois par jour et la durée du traitement. Remplissez la dernière colonne selon la règle suivante: "Oui" si les 3 réponses d'une ligne sont correctes, "Non" dans le cas contraire. Le deuxième cadre sera rempli automatiquement lors de la saisie par EpiInfo version 6. L'enquêtrice doit poser ces 3 questions pour chaque médicament donné ou prescrit en se référant à la prescription. Pour le cas de SRO/ESS, l'enquêtrice doit indiquer la quantité journalière (environ un litre par jour) Si la mère ne sait pas, marquez "Non" dans la case correspondante. Dans ce cas, il est important de lui donner des renseignements précis sur la prescription non comprise à la fin de l'interview.

L'enquêtrice doit indiquer si la mère sait correctement la posologie.

### **\* Prise en charge à domicile**

#### **Traitement Général et Traitement Spécifiques de Donnés Par l'Agent de Santé**

#### **Q 40-44:**

L'enquêtrice doit rappeler le diagnostic fait par l'agent de santé et ensuite demandez à la mère ce qu'elle fera pour l'enfant une fois à la maison. Notez toutes les réponses mentionnées par la mère, pour la ou les plainte(s) et le traitement général. Il est important de rappeler que l'enquêtrice ne doit pas lui suggérer les réponses sauf pour le cas de traitement général. Dans ce cas elle le fera de façon indirecte; par exemple: "Que doit-on donner à un enfant malade?" Après la Q.43, remplissez le cadre (numero 44) avec la réponse appropriée. Si la mère ne sait pas ou fait des erreurs, il est important de lui donner des informations exactes.

### **\* Signes et Spécifiques d'Aggravation**

#### **Q 45-55**

Demander à la mère si elle connaît les signes généraux et spécifiques d'aggravation en relation avec la maladie de l'enfant (qui peuvent l'inciter à ramener l'enfant au dispensaire). Si la mère connaît au moins deux signes, encercler "oui" dans le cadre. Si la mère ne sait pas ou fait des erreurs, encercler "non". Il est important dans ce cas encore de lui donner des informations lui permettant de corriger ses erreurs..

\* **Coût de la consultation**

**Q 56-57:**

Mentionner le coût de la consultation et indiquer si elle a reçu un ordonnance.

**G. Satisfation**

\* **Fonctionnelle**

**Q 58-61:**

On demandera à la mère son avis sur la durée de l'attente et le respect de l'ordre de passage de malade.

\* **Communication**

**Q 62-70:**

Il est important de savoir si l'agent et la mère ont directement communiqué et si l'agent a essayé de mieux comprendre la maladie de l'enfant en dehors des explications de la mère. On lui demandera aussi l'intérêt qu'il a porté sur elle-même. L'enquêtrice précisera la manière, les différents étapes de l'examen physique fait à l'enfant, et la compréhension de la mère sur cet aspect. La communicatrice cherchera à savoir si l'agent a tenté de faire comprendre à la mère l'état de l'enfant et s'il facilité le dialogue entre lui et la mère. La compréhension de la mère sur chaque médicament prescrit sera aussi évaluée.

Noter bien que:

- si la réponse à la question 62 est oui, passer directement a la question 63
- si la réponse à la question 63 est non, passer directement a la question 64
- si la réponse à la question 67 est non, passer directement a la question 68
- si la réponse à la question 68 est non, passer directement a la question 69

**H. Questions Générales à la Fin de la Consultation**

**Q 71-73:**

Ces informations concernent la satisfaction de la mère sur la consultation en général. L'enquêtrice cherchera à savoir les impressions de la mère sur l'agent de santé.

\* **Fin de l'interview**

Avant de la quitter, vérifier qu'elle sait préparer le SRO/ESS (si l'enfant a la diarrhée) et donner le(s) médicament(s) prescrit(s), et qu'elle connaît le traitement général et les signes d'aggravation de la maladie.

N'oubliez pas de noter l'heure à la fin de l'interview et de remercier la mère pour sa coopération. Ayez la gentillesse de répondre à toutes les questions qu'elle pourra vous poser. Rappeller à la

73

mère la prochaine recontre avec l'enquêtrice juste avant la consultation visite de retour. Il est souhaitable que les questionnaires 2 et 3 soient administrés à la mère par la même enquêtrice.

Avant que la mère quitte, l'enquêtrice devra cocher "premier interview fait" sur la fiche "Visite de Retour".

## **VII. DEUXIEME INTERVIEW AVEC LA MERE (Questionnaire 4)**

La deuxième interview avec la mère se fera avant la consultation médicale encore dans un endroit isolé. L'enquêtrice prendra soin de se munir de la fiche "Visite Retour" avant le début de l'interview. Elle devra lire cette fiche afin d'avoir les informations nécessaires lui permettant de conduire l'interview (questionnaire 3) dans un esprit de continuité. L'enquêtrice doit toujours être courtoise et compréhensive avec la mère.

Il convient de ne pas oublier de noter l'heure au début de l'interview.

### **VII.1 Evaluation de l'Enfant Malade**

#### **Q 1-4:**

Repréciser dans un premier temps le diagnostic de la dernière visite médicale. Demandez à la mère l'évolution de l'état de santé de l'enfant et apprécier l'évolution de chaque maladie diagnostiquée. L'enquêtrice doit poser des questions sur l'apparition de nouveaux symptômes liés à la même maladie ou à une autre(s) depuis la dernière visite. Si un autre symptôme est apparu, spécifiez lequel (sur le trait laissé à cet effet).

### **VII.2 Prise en Charge à Domicile**

#### **\* Adhérence au traitement**

#### **Q 5-7:**

Ces questions concernent les médicaments reçus lors de la dernière visite. L'enquêtrice demandera à la mère de préciser l'administration effective des médicaments reçus; la quantité donnée à l'enfant pour chaque prise figurera dans les tableaux journaliers (J1, J2, J3). Remplissez ces tableaux relatifs à l'administration des médicaments prescrits par l'agent, en demandant à la mère la quantité (comprimés/capsules/cuillerées) qu'elle a donnée à chaque prise, le nombre de fois par jour et la durée effectif du traitement.

Le cadre (question 6) sera rempli automatiquement lors de la saisie par EpiInfo version 6.

Ensuite, l'enquêtrice doit déterminer le respect de la prescription; en cas de non respect, elle doit préciser la ou les raisons qui ont entravé le respect de la prescription médicale.

#### **\* Médicaments Prescrits**

#### **Q 8-16:**

Si l'enfant a eu la diarrhée, l'enquêtrice vérifiera en même temps la pratique de la mère pour la préparation de SRO/ESS. Pour chaque médicament prescrit, elle demandera à la mère comment elle l'a préparé pour faciliter la prise à l'enfant.

\* **Comportements de la Mère en dehors du traitement prescrit**

**Q 17:**

Poser des questions sur l'autre traitement effectué, et chercher les raisons et la provenance des médicaments. Si la mère n'a pas fait un traitement parallèle, passer à la question 18.

\* **Prise en Charge à la Maison**

**Q 18-19:**

La mère précisera aussi le traitement général reçu par l'enfant à la maison depuis la dernière consultation. En cas d'hésitation, il lui sera suggéré de façon indirecte les réponses possibles. Si la mère ne connaît aucun traitement général, l'enquêtrice doit l'en informer. L'enquêtrice doit indiquer dans l'encadré si la mère connaît au moins une pratique générale ou pas.

**VII.3 Satisfaction**

**Q 20-22**

L'enquêtrice demandera à la mère sa satisfaction quant au médicament prescrit, ce qu'elle a appris depuis le commencement de la consultation. Elle cherchera aussi auprès de la mère des propositions pertinentes pour une amélioration de la consultation.

\* **Fin de l'interview**

Il faut noter l'heure à la fin de l'interview et remercier vivement la mère pour sa collaboration. Invitez la mère de reprendre sa place initiale dans la file.

**VIII. COLLECTE, ANALYSE DES DONNÉES ET PRÉSENTATION DES RÉSULTATS**

Tous les questionnaires remplis doivent être classés en ordre, vérifiés et corrigés. La saisie des données recueillies dans les 4 questionnaires s'effectuera au fur et à mesure sur ordinateur si possible. Pendant la semaine qui suit la fin de l'enquête, les données seront analysées, des indicateurs clés calculés et interprétés. Il est souhaitable qu'un petit groupe composé d'enquêteurs et de chef d'équipes participe à cette phase pour faciliter et enrichir les interprétations et les recommandations. Une présentation des premiers résultats est prévue deux semaines après l'enquête.

## AIDE - MEMOIRE POUR LE CHEF D'EQUIPE

- IDENTIFIER LES ENFANTS REMPLISSANT LES CRITERES D'INCLUSION ET DONT LES MERES POURRAIENT PAR CONSEQUENT ÊTRE ENQUÊTEES
- ETABLIR UNE COMMUNICATION SINCERE AVEC LA MERE EN VUE D'OBTENIR SA LIBRE ADHESION
- S'ASSURER QU'UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINEE, LA MERE RETROUVERA SON ORDRE DE PASSAGE A LA CONSULTATION
- S'ASSURER QUE LA FICHE " RETOUR " EST BIEN REMPLIE
- CHERCHER DES INTERPRÊTES EN CAS DE NECESSITE
- S'ASSURER D'UNE IDENTIFICATION CLAIRE DE L'ADRESSE DES MERES RETENUES POUR LE SUIVI DE LA VISITE RETOUR
- VEILLER A L'IDENTIFICATION DES MERES A LA VISITE RETOUR DES LEUR ARRIVEE A LA SALLE D'ATTENTE DE LA FORMATION SANITAIRE
- PRENDRE DES DISPOSITIONS EN VUE DE TROUVER LES MERES QUI NE SONT PAS VENUES POUR LA VISITE RETOUR, A LEUR DOMICILE
- VERIFIER QUE LES QUESTIONNAIRES SONT BIEN REMPLIS.

FICHE D'INSCRIPTION DE L'ENFANT MALADE

Numéro d'Identification: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_ mois (0-59) Date de Naissance (Carnet de Santé): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relation de l'Accompagnant: \_\_\_\_\_ Mère Autre: \_\_\_\_\_ Depuis: \_\_\_\_\_ Mois

Village/ville: \_\_\_\_\_ Distance: \_\_\_\_\_ (km) Pays: \_\_\_\_\_ Niger

Motifs de Consultation:

Classification de la Visite: \_\_\_\_\_ Première \_\_\_\_\_ Visite Retour \_\_\_\_\_ N°

Observation de Prise en Charge

Vérification de la PEC (Check list de Contrôle)

L'enfant est retenu pour le Suivi: \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_ Non

Si Oui, Date de la Visite Retour: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Interview de la Mère/Accompagnant

## FICHE DE VISITE RETOUR

Numéro d'Identification: \_\_\_\_\_ Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_

Age de l'enfant \_\_\_\_\_

Relation de l'Accompagnant: \_\_\_\_\_ Mère Autre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nom de l'Accompagnant

Visite Retour: \_\_\_\_\_ Date

Premier Interview \_\_\_\_\_ Deuxième Interview \_\_\_\_\_

Diagnostic(s) déclaré(s) pendant la première visite médicale:

\_\_\_\_\_ Diarrhée \_\_\_\_\_ Fièvre/Paludisme

\_\_\_\_\_ Toux/Difficulté \_\_\_\_\_ Autre (Spécifiez)

Médicament	Donnée	Posologie
Chloroquine	_____	_____
Antibiotique	_____	_____
Aspirine	_____	_____
Paracétamol	_____	_____
SRO/ESS	_____	_____

## CALENDRIER DE FORMATION/COMMUNICATRICES

LUNDI 05 MAI

INTRODUCTION A LA POLITIQUE EN MATIERE DE SANTE AU NIGER  
PRESENTATION DU PROJET BASICS  
JUSTIFICATION DE L'ETUDE SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT MALADE  
OBJECTIFS DE L'ETUDE  
PRESENTATION DE LA METHOLOGIE ET DES QUESTIONNAIRES DE L'ENQUETE  
CALENDRIER DE TRAVAIL ET REPARTITION DES TROIS EQUIPES

MARDI 06 MAI

OBJECTIFS DE LA PREMIERE VISITE AVEC LA MERE  
PRINCIPES GENERAUX DES INTERVIEW AVEC LES MERES  
PRINCIPE POUR LES INTERVIEW PLUS QUALITATIFS  
PRINCIPES POUR LES INTERVIEW PLUS QUANTITATIFS  
JEUX DE ROLE (LES MAUVAIS EXEMPLES PUIS LES BONS EXEMPLES)  
REVUE ET TRADUCTION EN HAUSA ET ZARMA DU QUESTIONNAIRE 3  
JEUX DE ROLES SUR LA BASE DE PLUSIEURS ENONCE

MERCREDI 07 MAI

STAGE DE SIMILATION DANS LES PMI (NIAMEY)  
REVUE DU QUESTIONNAIRE 3 ET/OU METHODOLOGIE

JEUDI 08 MAI

OBJECTIFS DE LA DEUXIEME VISITE AVEC LA MERE  
PRINCIPES GENERAUX DES INTERVIEW AVEC LES MERES  
JEUX DE ROLE (LES MAUVAIS EXEMPLES PUIS LES BONS EXEMPLES)  
REVUE ET TRADUCTION EN HAUSA ET ZARMA DU QUESTIONNAIRE 4  
JEUX DE ROLES SUR LA BASE DE PLUSIEURS ENONCE

VENDREDI 09 MAI

STAGE DE SIMILATION DANS LES PMI (NIAMEY)  
REVUE DU QUESTIONNAIRE 3 ET/OU METHODOLOGIE

**APPENDIX G**  
**ORGANISATION DE L'ENQUETE**

## ORGANISATION DE L'ENQUETE

### LISTE DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES

DISTRICT	ETABLISSEMENT	TYPE	DISTANCE	RETENU	CODE
BIRNI N'KONNI	Birni N'Konni	CM	0	+	1
	Malbaza	PM		+	2
	Doguerawa	DR		+	3
	Gounfara	DR			
	Guidan Idder	DR		+	4
	Tsernawa	DR		+	5
	Yaya	DR		+	6
BOBOYE	Birni N'Gaouré	CM	0	+	7
	Bellandé	PM		+	8
	Fabidji	DR		+	9
	Falmey	DR		+	10
	Harikanassou	DR		+	11
	Kiota	DR		+	12
	Kouassi	DR			
	Koygolo	DR			
	Tonkossareye	DR			
	Yéni	DR			
GUIDAN-ROUMDJI	Guidam-Roumdji	CM	0	+	13
	Chadakori	PM		+	14
	Guidan-Sori	DR		+	15
	Maiki	DR		+	16
	Saé. Saboua	DR		+	17
	Souloulou	DR		+	18
	Tibiri	DR		+	19

**LISTE DU PERSONNEL DE L'ENQUETE**

CATEGORIE	CODE	NOM	ORGANIZATION
COORDONNATEUR	1	COLETTE GESLIN	BASICS
CO-COORDONNATEUR	2	BOCAR MAINA	URC
CHERCHEUR PRINCIPAL	3	MAHMANE KARKI	CONSULTANT
CHERCHEUR ADJOINT	4	MARTHE DIARRA	CONSULTANT
SUPERVISEUR	1	COLETTE GESLIN	
SUPERVISEUR	2	BOCAR MAINA	
SUPERVISEUR	3	MAHMANE KARKI	
EQUIPE A			
CHEF D'EQUIPE	5		
CLINICIEN	6		
COMMUNICATRICE	7		
COMMUNICATRICE	8		
EQUIPE B			
CHEF D'EQUIPE	9		
CLINICIEN	10		
COMMUNICATRICE	11		
COMMUNICATRICE	12		
EQUIPE C			
CHEF D'EQUIPE	13		
CLINICIEN	14		
COMMUNICATRICE	15		
COMMUNICATRICE	16		
EQUIPE D			
CHEF D'EQUIPE	17		
CLINICIEN	18		
COMMUNICATRICE	19		
COMMUNICATRICE	20		
EQUIPE E			
CHEF D'EQUIPE	21		
CLINICIEN	22		
COMMUNICATRICE	23		
COMMUNICATRICE	24		
EQUIPE F			
CHEF D'EQUIPE	25		
CLINICIEN	26		
COMMUNICATRICE	27		
COMMUNICATRICE	28		
EQUIPE G			
CHEF D'EQUIPE	29		
CLINICIEN	30		
COMMUNICATRICE	31		
COMMUNICATRICE	32		
EQUIPE H			
CHEF D'EQUIPE	33		
CLINICIEN	34		
COMMUNICATRICE	35		
COMMUNICATRICE	36		
EQUIPE I			
CHEF D'EQUIPE	37		
CLINICIEN	38		
COMMUNICATRICE	39		
COMMUNICATRICE	40		
OPERATEUR DE SAISIE	41		
OPERATEUR DE SAISIE	42		
OPERATEUR DE SAISIE	43		
INFORMATICIEN/STAT.	44	PATRICK KELLY	BASICS/WASH.

CALENDRIER DE L'ENQUETE POUR L'EQUIPE:

A
---

DISTRICT: BOBOYE

SEMAINE	JOUR	DATE	J/SEM	J/M	ETAB	NUITEE	KM
0	0	11	DIM				
1	1	12	LUN				
1	2	13	MAR				
1	3	14	MER				
1	4	15	JEU				
1	5	16	VEN				
1	6	17	SAM				
2	7	18	DIM				
2	8	19	LUN				
2	9	20	MAR				
2	10	21	MER				
2	11	22	JEU				
2	12	23	VEN				
2	13	24	SAM				

84

**RESSOURCES PAR EQUIPE**

CATEGORIE	PLAQUE D'IMM	NOM	CODE
VOITURE		** **	
CHAUFFEUR	** **		
CHEF D'EQUIPE	** **		
CLINICIEN	** **		
COMMUNICATRICE	** **		
COMMUNICATRICE	** **		

**ABREVIATIONS**

J/SEM            JOUR DE LA SEMAINE  
 J/M              JOUR DE MARCHE  
 ETAB.            ETABLISSEMENT  
 KM               KILOMETRAGE  
 PLAQUE D'IMM   PLAQUE D'IMMATRICULATION

85

**CHECK LIST POUR LE CHEF D'EQUIPE: SUIVI DES ENFANTS**

EQUIPE		A				SEMAINE	1
NOUVEAUX CAS		VISITES RETOURS				VISITES AU FOYER	
NID	RETENU	VR(J1)	VR(J2)	VR(J3)	VR(J4)	TROUVE	PAS TROUVE
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

86

**APPENDIX H**  
**LISTE DES FICHIERS ECRITS POUR L'ORDINATEUR**

## LISTE DES FICHIERS ECRITS POUR L'ORDINATEUR

### 1. EPI INFO 6.03

- A. SEMAN.\* : MENU ECRIT PAR EPIGLUE
- B. \*.QES : MASQUES DE SAISIE
- C. \*.REC : FICHIERS DE SAISIE
- D. \*.CHK : FICHIERS CHECK POUR LA SAISIE
- E. \*.PGM : PROGRAMMES POUR LA VERIFICATION DES  
DONNES, CALCULS DES INCICATEURS

### 2. QUATTRO PRO

- A. \*.WQ1 : TABLEAUX INDICATEURS SELECTIONNES/CLES