

ETUDE DE FAISABILITE D'UN SYSTEME D'ASSURANCE MALADIE POUR LES AGENTS PUBLICS EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE (RCA)



International Labour Office

Questionnaire Ménage

« Fonctionnaire et Agent de l'Etat »

N° du questionnaire : Date de l'enquête...../___/___ /___/___ /___/___ 2018

1. Identité du répondant

1.1. Nom et Prénoms de la personne enquêtée :

1.2. Localité de résidence :/___/___/___

1.3. Profession :/___/___/___

1.4 : Catégorie : 1=A1 2=A2 3=A3 4=B1 5=B2 6=C1 7=C2 8=D1 9=Hors hiérarchie /___/

1.5 Matricule :/___/___/___/___/___/___

1.6 : Institution de tutelle :/___/___

1.7 : Sexe : 1. Masculin /___/ 2. Féminin /___/ **1.8** Age : /___/___/ ans
(En années révolues)

1.9 : Situation matrimoniale : 1. Célibataire 2. Marié(e) monogame 2. Marié(e) polygame
3. Union libre 4. Divorcé(e)/Séparé(e) 5. Veuf (ve)/___/

1.10a : Adresse/Téléphone :

1.10b : E-mail :

2- Composition de la famille

2.1- Avez-vous des enfants à charge ? 1. Oui/___/ 2. Non...../___/

2.2 Composition de la famille :

Nombre adultes (couples)		Nombre enfants (moins 21 ans)		Autres personnes à charge (père, mère, orphelins....)	
Femmes	Homme	Garçons	Filles	Femmes	Hommes

2.3 Nombre d'enfants de plus de 21 ans à charge _____

3- Questions sur l'utilisation de soins de santé en cas de maladie

3.1 Depuis le mois de juin 2018 (préciser évènement si possible) est-ce que des personnes ont été malades dans votre famille ? 1. Oui 2. Non → **3.3**

3.2 Si oui précisez ?.....

Nombre de malade :	Age	Sexe	Type de maladie	Nombre de fois où il/elle a été malade :
Malade 1	_____	1. <input type="checkbox"/> M 2. <input type="checkbox"/> F		
Malade 2	_____	1. <input type="checkbox"/> M 2. <input type="checkbox"/> F		
Malade 3	_____	1. <input type="checkbox"/> M 2. <input type="checkbox"/> F		
Malade 4	_____	1. <input type="checkbox"/> M 2. <input type="checkbox"/> F		
Malade 5	_____	1. <input type="checkbox"/> M 2. <input type="checkbox"/> F		

3.3.- Depuis le mois septembre 2017 (1 an), est-ce qu'il y a eu des naissances vivantes dans votre ménage ?

1. Oui 2. Non → **3.3-b**

3.3a Si oui, combien de femmes ont accouché ? _____

3.3-b Dernier accouchement dans le ménage :

3.3-bi Quelle est la date de dernier accouchement (même si la femme de l'enquêté ou elle-même est déjà en ménopause): _____

3.3-bii Age de la femme au dernier accouchement : _____

3.3-biii Lieu de l'accouchement (une seule réponse):

1. Hôpital public 2. clinique privée 2. centre de santé public 4. domicile
5. Autre (précisez) : _____

3.4-a Dernier malade dans la famille (faites le lien avec la section 3.1):

3.4-a-i Sexe du malade: 1. Masculin 2. Féminin

3.4-a-ii Age du malade: _____

3.4-a-iii Type de maladie : _____

3.4-a-iv Date de l'épisode maladie (premiers symptômes): |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_|

3.4-a-v Qu'avez-vous fait pour guérir la maladie ? (plusieurs réponses possibles)

- Z. aucun soin (si aucun soin, allez à 3.6)
A. Achat de médicament sur le trottoir
B. Consultation au dispensaire ou centre de santé public
C. Consultation médecine générale hôpital public

- D. Consultation auprès d'un cabinet privé ou d'une clinique privée
- E. Achat de médicaments au dispensaire ou au centre de santé public
- F. Guérisseur et pharmacopée traditionnelle
- G. Achat de médicaments à la pharmacie privée
- H. Hospitalisation au centre de santé public
- I. Hospitalisation à l'hôpital public
- J. Hospitalisation à la clinique privée
- K. Examens de laboratoire
- L. Echographie
- M. Radiologie
- N. Intervention chirurgicale
- M. Soins infirmiers
- O. Petite chirurgie
- P. Accouchement simple
- Q. Accouchement compliqué
- R. Soins ophtalmologiques
- S. Soins dentaires
- T. Césarienne
- U. Consultation de spécialité à l'hôpital
- V. Achat de poches de sang
- X. Autre (précisez) : _____

3.5. Comment avez-vous trouvé l'argent pour payer ces soins (plusieurs réponses possibles)?

- A. Argent disponible à la maison
- B. Soins à crédit
- C. Emprunt auprès d'amis
- D. Emprunt auprès d'une banque
- E. Dons d'ami/voisins/famille

F. Vente de biens

G. Quête auprès des collègues

X. Autres (précisez).....

3.6. La dernière fois que le médecin de la formation sanitaire vous a prescrit une ordonnance de médicaments :

1. Tous les médicaments étaient disponibles à la pharmacie de la formation sanitaire

2. Certains médicaments prescrits n'étaient pas disponibles

3.7. La dernière fois qu'un médecin a prescrit une ordonnance de médicaments (à vous ou un membre de votre famille), avez-vous acheté tous les médicaments ?

1. Oui 2. Non

3.7b. Si non pourquoi vous n'avez pas acheté tous les médicaments ? (une seule réponse)

1. Nous n'avons acheté que les médicaments nécessaires

2. Nous n'avons acheté qu'une partie des médicaments parce que certains médicaments n'étaient pas disponibles à la pharmacie

3. Nous n'avons acheté qu'une partie des médicaments parce que nous n'avions pas assez d'argent

4. Nous n'avons acheté aucun médicament par manque d'argent

4- Prise en charge des dépenses de santé

4.1. A partir de quel montant (En FCFA) de dépenses médicales, éprouvez-vous des difficultés financières à supporter ou à prendre en charge les soins de santé ?

2000 5000 10 000 20 000 50 000 100 000 100 000 et plus

Autres (à préciser) :

4.2. Est-ce que vous seriez intéressé (e) par un système d'assurance santé ?

1. Oui 2. Non —————> **4.4**

4.3. Si oui à la question 4.2, quels services de santé en priorité devront couvrir ce système ? **(plusieurs réponses sont possibles)**

A. Médicaments

B. Radiologie

C. Examens de laboratoire

D. Echographie

E. Consultation médecine générale (Hôpitaux Publics)

F. Consultation spécialisée (Hôpitaux Publics)

G. Consultation en clinique ou cabinet privé

H. Hospitalisation

I. Accouchement

J. Césarienne

K. Interventions chirurgicales

L. Soins infirmiers

M. Soins dentaires

N. Soins ophtalmologiques

O. Prothèses

P. Poche de sang

Q. Petite chirurgie

R. Transport de malade

X. Autres (précisez).....

4.4 : Quel pourcentage de votre salaire seriez-vous prêt à cotiser par mois pour couvrir votre famille ?

1. [2-3% [

2. [3-4%[

3. [4-5%[

4. >5%

Je vous remercie de votre disponibilité !

Nom de l'enquêteur : Contact :

Nom de contrôleur : Contact :

Nom de l'agent de saisie : Contact :

Nom de contrôleur de saisie : Contact :

Observations