|  |
| --- |
| **Évaluation de base de la planification familiale au Sénégal** |

|  |
| --- |
| **Questionnaire pour l’entretien avec les infirmiers et sages-femmes** |

**SECTION 1 : DONNÉES D'IDENTIFICATION ET DÉTAILS DE L'ENTRETIEN**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICATION** | **CODE** |
| NOM DE LA REGION\_ | ­­ |
| NOM DU DEPARTEMENT | ­­ |
| NOM DU DISTRICT | ­­ |
| TYPE DE STRUCTURE (EPS = 1 ; CS = 2 ; PS = 3) |  |
| SI EPS (EPS1 = 1 ; EPS2 = 2 ; EPS3 = 2) |  |
| SI CS (CS1 = 1 ; CS2 = 2) |  |
| TYPE D’EMPLACEMENT (RURAL= 1 URBAIN = 2) |  |
| NOM ET CODE DE L’ETABLISSEMENT | ­­ |
| CODE INFIRMIER / SAFE-FEMME | ­­ |
| DATE DE L’INTERVIEW | JJ MM Année  ­­ |
| HEURE DE DEBUT DE L’ENTRETIEN | HH MIN |
| HEURE DE FIN DE L’ENTRETIEN | HH MIN |
| CODE DE L’ENQUETEUR | ­­ |

**VISITES D'ENTRETIEN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VISITES DE L’ENQUETEUR** | | | |
|  | **1** | **2** | **VISITES FINALES** |
| DATE  CODE ENQUÊTEUR  RESULTAT\*  TEMPS ECOULE | JOUR  MOIS  ANNEE  CODE  CODE RESULTAT  DURÉE TOTALE HR MIN | JOUR  MOIS  ANNEE  CODE  CODE RESULTAT  DUREE TOTALE HR MIN | JOUR  MOIS  ANNEE  CODE  CODE RESULTAT  DUREE TOTALE HR MIN |
| PROCHAINE VISITE  DATE  HEURE | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | NOMBRE TOTAL DE VISITES |
| \*CODE RESULTAT:  1. COMPLETE 4. PARTIELLEMENT COMPLET  2. REPORTE 5. LE REPONDANT SELECTIONNE ETAIT ABSENT  3. REFUS 6. AUTRE (PRECISER) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

**SECTION 2 : CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **#** | **QUESTIONS ET FILTRES** | **CODAGE** | **PASSEZ À** |
| 201 | Sexe du répondant | **Masculin 1**  **Feminin 2** |  |
| 202 | Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? | Âge en années révolues |  |
| 203 | Quel est votre catégorie socio-professionnelle ? | Infirmière/ Sage femme d’état 1  Infirmière d’école/ Safe femme d’école 2  Autre (préciser)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3 |  |
| 20 4 | Depuis quand occupez-vous le poste actuel ? | 1. # Nombre d’années 2. # Nombre de mois   *Préfère ne rien dire 998*  *Moins d’un mois 000*  *Moins d’un an 000* |  |
| 20 5 | Depuis quand travaillez-vous dans cette formation sanitaire ? | 1. # Nombre d’années 2. # Nombre de mois   *Préfère ne rien dire 998*  *Moins d’un mois 000*  *Moins d’un an 000* |  |
| 205a | En dehors de cette structure sanitaire, travaillez-vous/fournissez-vous également des services de santé dans une autre structure de sanitaire? | Oui, une autre structure de sanitaire publique 1  Oui, une autre structure de sanitaire /clinique privée 2  Non 3 |  |
| 20 6 | Quel est le diplôme le plus élevé obtenu ? | Diplôme infirmier 1  Diplôme Sage-femme 2  Aide Infirmière 3  Autres ( préciser) |  |
| 207 | Pendant votre période de service, avez-vous déjà fourni des services de SMNI ? | Oui 1  Non 2 | 217 |
| 208 | Depuis quand fournissez-vous des services de SMNI ? | MM AAAA  *Préfère ne rien dire 998*  *Moins d’un mois 000*  *Moins d’un an 000* |  |
| 209 | Avez-vous déjà fourni des services de SMNI dans cette structure sanitaire | Oui 1  Non 2 | 217 |
| 210 | Depuis quand fournissez-vous des services de SMNI dans cette structure sanitaire ? | MM AAAA  *Préfère ne rien dire 998*  *Moins d’un mois 000*  *Moins d’un an 000* |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 211 | 212 | 213 | 214 | 215 | 216 |
| **Offre de services de SMNI** | **Avez-vous déjà fourni des services à [NOM : SERVICE ] ?** | **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fourni des services**  **[NOM DU SERVICE ] ?** | **Quelle est la raison pour laquelle vous ne fournissez pas le service de [NOM : MÉTHODE] ?** | **Avez-vous bénéficié d'une formation en cours d'emploi, d'une formation de remise à niveau, d'un mentorat (sur site/hors site) dans [NOM : MÉTHODE] ?** | **La formation, la formation continue, la formation de recyclage, le mentorat ont-ils eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois ?** |
|  | *Oui = 1*  *Non = 2* | *Oui = 1*  *Non = 2* | *Pas confiant = 1*  *Aucun client = 2*  *Pas intéressé = 3*  *Autre=6* | *Formation continue = A*  *Formation de remise à niveau = B*  *Mentorat = C*  *Aucun = Z* | *Oui, au cours des 24 derniers mois = 1*  *Oui, il y a plus de 24 mois = 2* |
| 1. Préparation à l’accouchement et préparation aux complications | Oui = 1  Non = 2  214 | Oui = 1  Non = 2  214 | 1 2 3 6 | ABCZ  (211b) | 1 2 |
| 1. Détection des grossesses à haut risque et orientation appropriée | Oui = 1  Non = 2  214 | Oui = 1  Non = 2  214 | 1 2 3 6 | ABCZ  (211c) | 1 2 |
| 1. Prise en charge de l'anémie sévère avec du fer saccharose | Oui = 1  Non = 2  214 | Oui = 1  Non = 2  214 | 1 2 3 6 | ABCZ  (211d) | 1 2 |
| 1. Partogramme | Oui = 1  Non = 2  214 | Oui = 1  Non = 2  214 | 1 2 3 6 | ABCZ  (217) | 1 2 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 217 | Au cours de votre période de service, avez-vous déjà fourni des services de planning familial ? | Oui 1  Non 2 | **601** |
| 21 8 | Depuis quand fournissez-vous des services de planification familiale ? | Mois Année  *Ne se rappelle pas du mois 98*  *Ne se rappelle pas de l’année 9998* |  |
| 219 | Avez-vous déjà fourni des services de planification familiale dans cette structure sanitaire | Oui 1  Non 2 | **221** |
| 220 | Depuis quand fournissez-vous des services de planification familiale dans cette structure sanitaire | Mois Année  *Ne se rappelle pas du mois 98*  *Ne se rappelle pas de l’année 9998* |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 221 | Avez-vous bénéficié d'une formation en cours d'emploi ou d'une formation de remise à niveau sur l'un des sujets suivants [LIRE LE SUJET] ?  SI OUI : La formation ou la remise à niveau a-t-elle eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois ? | **Oui, au**  **cours des 24 derniers mois** | **Oui,**  **il y a plus de 24 mois** | **Non** |  |
|  | 1. Conseils généraux en matière de planification familiale ? | 1 | 2 | 3 |  |
|  | 1. Conseils sur les effets secondaires de la planification familiale et comment les gérer ? | 1 | 2 | 3 |  |
|  | 1. Planification familiale pour les personnes séropositives ? | 1 | 2 | 3 |  |
|  | 1. Conseils en planification familiale post-partum ? | 1 | 2 | 3 |  |
|  | 1. Conseils en planification familiale après un avortement ? | 1 | 2 | 3 |  |

|  |
| --- |
| **Maintenant, j'aimerai vous poser des questions sur les services de planification familiale que vous proposez et les formations associées** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **222** | **223** | **224** | **225** | **226** | **227** | **228** | **229** |
| **Méthodes de planification familiale** | **Connaissez-vous cette méthode ?** | **Avez-vous déjà fourni un service/une assistance sur [NOM : MÉTHODE] ?** | **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fourni un service/une aide sur**  **[NOM DE LA MÉTHODE] ?** | **Au cours du dernier mois, combien de clients avez-vous servi/assisté sur [NOM DE LA MÉTHODE] ?** | **Quelle est la raison pour laquelle vous ne fournissez pas le service [NOM : MÉTHODE] ?** | **Avez-vous reçu une formation continue, une formation de remise à niveau, un mentorat (sur site/hors site) dans [NOM : MÉTHODE]** | **La formation, la formation continue, la formation de remise à niveau, le mentorat ont-ils eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois ?** |
|  | *Oui = 1*  *Non = 2* | *Oui = 1*  *Non = 2* | *Oui = 1*  *Non = 2* | *Nombre de clients/bénéficiaires* | *Pas confiant = 1*  *Aucun client = 2*  *Pas intéressé = 3*  *Autre=6* | *Dans service = A*  *Remise à niveau = B*  *Mentorat = C*  *Aucun = Z* | *Oui, au cours des 24 derniers = 1*  *Oui, il y a plus de 24 mois  = 2* |
| 1. DIU | Oui = 1  Non = 2  **(b)** | Oui = 1  Non = 2  **227** | Oui = 1  Non = 2  **227** |  | 1 2 3 6 | ABC**Z**    **(b)** | 1 2 |
| 1. Injectables | Oui = 1  Non = 2  **(c)** | Oui = 1  Non = 2  **227** | Oui = 1  Non = 2  **227** |  | 1 2 3 6 | ABC**Z**    **(c)** | 1 2 |
| 1. Préservatif masculin | Oui = 1  Non = 2  **(d)** | Oui = 1  Non = 2  **227** | Oui = 1  Non = 2  **227** |  | 1 2 3 6 | ABC**Z**    **(d)** | 1 2 |
| 1. Préservatif féminin | Oui = 1  Non = 2  **(e)** | Oui = 1  Non = 2  **227** | Oui = 1  Non = 2  **227** |  | 1 2 3 6 | ABC**Z**    **(e)** | 1 2 |
| 1. Contraception d’urgence | Oui = 1  Non = 2  **(F)** | Oui = 1  Non = 2  **227** | Oui = 1  Non = 2  **227** |  | 1 2 3 6 | ABC**Z**    **(f)** | 1 2 |
| 1. Pilules | Oui = 1  Non = 2  **(g)** | Oui = 1  Non = 2  **227** | Oui = 1  Non = 2  **227** |  | 1 2 3 6 | ABC**Z**    **(g)** | 1 2 |
| 1. Implants | Oui = 1  Non = 2  **(h)** | Oui = 1  Non = 2  **227** | Oui = 1  Non = 2  **227** |  | 1 2 3 6 | ABC**Z**    **(h)** | 1 2 |
| 1. Stérilisation féminine (Ligature des trompes) | Oui = 1  Non = 2  **(je)** | Oui = 1  Non = 2  **227** | Oui = 1  Non = 2  **227** |  | 1 2 3 6 | ABC**Z**    **(i)** | 1 2 |
| 1. Stérilisation masculine/ Vasectomie | Oui = 1  Non = 2  **(j)** | Oui = 1  Non = 2  **227** | Oui = 1  Non = 2  **227** |  | 1 2 3 6 | ABC**Z**    **(j)** | 1 2 |
| 1. Allaitement maternel exclusif (MAMA) | Oui = 1  Non = 2  **( k )** | Oui = 1  Non = 2  **227** | Oui = 1  Non = 2  **227** |  | 1 2 3 6 | ABC**Z**  **(301)** | 1 2 |

**SECTION 3 : CONNAISSANCES ET PRATIQUES RAPPORTÉES CONCERNANT LES MÉTHODES MODERNES DE PLANIFICATION FAMILIALE**

| **#** | **QUESTIONS ET FILTRES** | | **CODAGE** | | | **PASSEZ À** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **301** | **VÉRIFIER : Q224 (a), Q224 (b) et Q224 (c)**  **SI le code '1' dans Q224 (a) DIU** | | **SINON ALLEZ À** | | | **317** |
| 302 | Quelles **informations sociodémographiques/liées à la fécondité collectez -vous** auprès des nouveaux clients qui visitent l'établissement pour un DIU?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les informations mentionnées. Si l'option « ne recueille aucune information » est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | | Âge  A  Situation matrimoniale B  Profession C  Religion D  Niveau d’étude E  Nombre d' enfants vivants…………………………… F  Âge du plus jeune enfant G  Désir d’enfant supplémentaire H  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 303 | Quels **antécédents menstruels** recueillez-vous auprès des nouvelles clientes qui visitent la structure sanitaire pour un DIU?  *[Choix multiples. Enregistrez toutes les réponses. Si la réponse est « ne collecte aucune information », aucune des autres options ne doit être entourée].* | | Date des dernières règles A  Durée du cycle menstruel B  Durée de la période C  Quantité de débit D  Règles douloureuses E  Régularité de la période F  Saignements entre les règles G  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 304 | Quels **antécédents obstétricaux** recueillez-vous auprès des nouvelles clientes qui visitent la structure sanitaire pour un DIU?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les informations mentionnées. Si l'option « ne recueille aucune information » est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | | État actuel de la grossesse A  Nombre de naissances vivantes B  Nombre d'accouchements normaux C  Nombre d’accouchements par césarienne D  Nombre d'avortements E  Date du dernier accouchement/avortement (selon le cas) F  Antécédents de grossesse anormale (ectopique/vésiculaire) G  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 305 | Recueillez -vous des informations sur l’état actuel de l’allaitement ? | | Oui 1  Non 2 | | |  |
| 306 | Quels **antécédents contraceptifs** recueillez-vous auprès des nouvelles clientes qui visitent la structure sanitaire pour un DIU?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les informations mentionnées. Si l'option « ne recueille aucune information » est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | | Expériences passées avec les méthodes de planification familiale A  Dernière méthode utilisée B  Causes d’arrêt C  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 307 | Quels **antécédents reproductifs, sexuels et médico-chirurgicaux** recueillez-vous auprès des nouvelles clientes qui visitent la structure sanitaire pour un DIU  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les informations mentionnées. Si l'option « ne recueille aucune information » est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | | Antécédents de maladie, le cas échéant A  Antécédents de chirurgie antérieure de l’utérus B  Antécédents de maladie inflammatoire pelvienne C  Antécédents de maladie trophoblastique D  Antécédents de tuberculose pelvienne E  Antécédents de cancer des voies génitales F  Statut vaccinal des femmes contre le tétanos G  Médicaments actuels H  Symptômes d’IST /VIH I  Saignement vaginal inexpliqué J  Toute plainte de pertes vaginales anormales K  Saignement post-coïtal …………… J  Chirurgie…………………………………………………… H abdominale/pelvienne…………………….L  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 308 | Quelles informations fournissez-vous aux femmes avant d’adopter le DIU ?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les informations mentionnées. Si l'option « ne fournit aucune information » est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | | A propos des autres méthodes disponibles A  La décision d’insérer un DIU est volontaire B  C'est une méthode réversible à long terme C  Cela n'affectera pas le plaisir sexuel D  Cela n'affectera pas la force ou la capacité E  C'est une méthode efficace F  Effets secondaires et des complications G  Je peux être supprimé à tout moment H  Informer sur les visites de suivi I  Informer sur les tests à réaliser J  Ne protégera pas contre les IST et VIH/SIDA K  Autres (préciser) X  Ne fournit aucune information O | | |  |
| 309 | Selon vous, quels bilans cliniques effectuez-vous avant la mise en place d’un DIU?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les informations mentionnées. Si l'option « ne faire aucun examen» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | | Examen général A  Examen physique B  Examen gynécologique C  Autres (préciser) X  Ne fais aucun examen Y | | |  |
| 310 | Selon vous, quels examens de laboratoire prescrivez-vous à une cliente avant d'insérer un DIU?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les informations mentionnées. Si l'option « ne prescrire aucun test » est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | | Prise de sang A  Test d'urine pour le sucre B  Test de grossesse C  Autres (préciser) X  Ne prescrire aucun test O | | |  |
| 311 | Dans quelles conditions le personnel infirmier ne doit-il pas insérer de DIU et doit-il plutôt référer à un médecin généraliste ou à un spécialiste ?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les informations mentionnées. Si l'option « ne sait pas » est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | | A accouché au cours des quatre dernières semaines A  Saignement vaginal inexpliqué B  Cancer des organes génitaux C  Maladie trophoblastique D  Client séropositif qui ne prend pas d'ARV E  Infection génitale F  Utérus hypertrophié , irrégulier, mou et non mobile G  Le mouvement du col est douloureux H  Sensibilité pelvienne ou masse dans l'adénexa I  Ulcère du vagin et du col de l'utérus J  Kystes , polypes du vagin et du col de l' utérus K  Écoulement nauséabond L  Anomalie anatomique de la cavité utérine M  Saignement entre les règles/après les rapports sexuels N  Césarienne antérieure O  Expérience désagréable précédente P  Autres (préciser) X  Je ne sais pas Z | | |  |
| 312 | Pendant combien de temps gardez-vous une cliente à l'établissement après l'insertion d'un DIU? | | Libérer immédiatement ……………………1  Moins d'une heure………………………… 2  Séjour d'une nuit requis …………………3  Autre (préciser) ……………………………7  Ne pas savoir ………………………………8 | | |  |
| 313 | Quelles instructions donnez-vous aux clientes DIU avant leur sortie ?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les informations mentionnées. Si l'option «*Ne donne pas d'instructions*» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | | La pose d'un DIU peut entraîner des modifications du cycle menstruel A  Se rendre dans un établissement pour un contrôle si vous rencontrez des problèmes liés aux règles ou si vous êtes enceinte . B  Douleur abdominale ou douleur pendant les rapports sexuels C  Infections ou pertes vaginales inhabituelles D  Malaise, fièvre, frissons E  Problèmes liés aux règles F  Devrait visiter l'établissement après 3, 6 mois G  Autres (préciser) X  Ne donne pas d'instructions O | | |  |
| 314 | Quels sont les effets secondaires de l’utilisation du DIU dont vous informez les clients ?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les informations mentionnées. Si l'option «*Ne pas informer les clients*» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | | Irrégularités menstruelles/ A  Gêne abdominale/crampes B  Infections ou pertes vaginales inhabituelles C  Saignement abondant D  Autres (préciser) X  Ne pas informer les clients O | | |  |
| 315 | De quel mécanisme de suivi disposez-vous/la structure sanitaire dispose-t-il, c'est-à-dire comment vous/la structure sanitaire assurez-vous que les clients DIU reçoivent des services de suivi à l'heure prévue ?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les informations mentionnées. Si l'option «*Je ne sais pas*» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | | Des appels téléphoniques sont effectués pour rappeler aux clients  date de suivi A  Les ASC se rendent à domicile pour une visite de suivi B  Les ASC rappellent aux clients les  date de suivi C  Inscrire la date de suivi sur la carte de rendez-vous D  Autres (préciser) X  Aucun mécanisme de suivi O  Je ne sais pas Z | | |  |
| 316 | Connaissance et pratique  Je vais maintenant lire quelques affirmations. Dites-moi si elles sont vraies ou fausses.   1. La période post-placentaire immédiate est le meilleur moment pour que la femme puisse se faire insérer un DIU. 2. Une femme dont le diabète est contrôlé peut se faire insérer un DIU. 3. Les DIU peuvent être insérés en toute sécurité chez un client atteint d'IST 4. Les DIU ne peuvent pas être administrés aux clients souffrant d'anémie sévère. 5. Il est possible d'administrer un DIU à une femme atteinte du VIH/SIDA. 6. Une femme peut avoir un DIU inséré à tout moment dans les 12 jours suivant le début des saignements menstruels 7. Des légers saignements entre les périodes menstruelles sont fréquents au cours des 3 à 6 premiers mois d'utilisation du DIU. Ce n’est pas nocif et ils diminuent généralement avec le temps. 8. Le DIU ne doit être supprimé qu'après le début du traitement de la salpingite si l'utilisateur souhaite le supprimer.Une visite de suivi après les premières règles ou 3 à 6 semaines après l'insertion d'un DIU est suffisante. 9. Le DIU peut être utilisé comme contraception d’urgence dans les cinq jours suivant un rapport sexuel non protégé. 10. Une femme peut avoir un DIU inséré dans les 12 premiers jours après un avortement chirurgical 11. Une femme peut avoir un DIU inséré après 15 jours d’avortement médicamenteux (en s’assurant que la cavité utérine est vide) 12. Les femmes atteintes de fibrome sous-muqueux peuvent se faire insérer un DIU 13. Les femmes dont le partenaire a des antécédents d'écoulement pénien peuvent se faire insérer un DIU. 14. La cliente doit contacter le prestataire si les saignements menstruels sont augmentés de deux fois en quantité et/ou en deux fois en durée après l'insertion d'un DIU. 15. La mesure de la longueur de l'utérus est une étape critique dans la procédure d'insertion du DIU 16. Le ruban mètre doit être utilisé pour mesurer la longueur de l’utérus lors de l’insertion d’un DIU 17. Après un avortement chirurgical, il est recommandé l’application d'un antiseptique approprié (par exemple, povidone iodée ou chlohexidine) deux fois ou plus sur le col et le vagin en commençant par le canal cervical avant l'insertion de l'DIU. 18. Le chargement du DIU sans contact empêche l'introduction d'une infection pendant la procédure d'insertion. 19. Le diagramme OMS pour les critères d’éligibilité est utilisé pour vérifier l’éligibilité de la cliente à l‘administration d’un DIU 20. Certains DIU sont approuvés pour 10 ans d’utilisation après insertion | | **Vrai**  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1 | | **Faux**  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2 |  |
| Je vais maintenant vous lire une situation. Dites-moi ce que vous feriez dans les mêmes circonstances. | | | | | | |
| 316aa | **Scénario** : FATOU, une femme de 32 ans, envisage d'utiliser un dispositif intra-utérin (DIU) pour une contraception à long terme.  **Question** : De quoi l'infirmière devrait-elle informer Sarah concernant le dispositif intra-utérin (DIU) ? | | Son efficacité uniquement pour les femmes nullipares 1  La nécessité de remplacements fréquents 2  Le risque d'infertilité après ablation 3  **Sa haute efficacité et son faible entretien 4** | | |  |
| **317** | **VÉRIFIER: Q22 4 ( b )**  **SI code '1' à Q22 4 ( b ) Injectable** | | **SINON ALLEZ À** | | | **3 29** |
| 318 | Quelles informations **sociodémographiques/liées à la fertilité** collectez-vous auprès des nouvel les clientes qui visitent la structure sanitaire pour recevoir des injectables ?  *[Choix multiple, enregistrez toutes les mentionnées, si «*Ne recueille aucune information*» est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée]* | | Âge  A  Situation matrimoniale B  Profession C  Religion D  Niveau d’étude E  Nombre d' enfants vivants F  Âge du plus jeune enfant G  Désir d’enfant supplémentaire H  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 319 | Quels **antécédents obstétricaux** recueillez-vous auprès des nouvelles clientes qui visitent la structure sanitaire pour Injectable ?  *[Choix multiple, enregistrez toutes les mentionnées, si «*Ne recueille aucune information*» est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée]* | | État actuel de la grossesse A  Nombre de naissances vivantes B  Nombre d'accouchements normaux C  Nombre de accouchements par césarienne D  Nombre d'avortements E  Date du dernier accouchement/avortement (selon le cas) F  Antécédents de grossesse anormale (ectopique/vésiculaire) G  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 320 | Collectez-vous des informations sur l’état actuel de l’allaitement ? | | Oui 1  Non 2 | | |  |
| 321 | Quels **antécédents contraceptifs** recueillez-vous auprès des nouvelles clientes qui visitent la structure sanitaire pour recevoir un injectable ?  *[Choix multiple, enregistrez toutes les mentionnées, si «*Ne recueille aucune information*» est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée]* | | Expériences passées avec les méthodes de planification familiale A  Dernière méthode utilisée B  Causes d’arrêt C  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 322 | Quels **antécédents menstruels** recueillez-vous auprès des nouvelles clientes qui visitent la structure sanitaire pour obtenir des injectables ?  *[Choix multiple, enregistrez toutes les mentionnées, si «*Ne recueille aucune information*» est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée]* | | Date des dernières règles A  Durée du cycle menstruel B  Durée de la période C  Quantité de débit D  Accouchements par césarienne E  Régularité de la période F  Saignements entre les règles G  Expériences passées avec les méthodes de planification familiale H  Dernière méthode utilisée I  Causes d’arrêt J  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 323 | Quels **antécédents médicaux** recueillez-vous auprès des nouvelles clientes qui visitent la structure sanitaire pour recevoir des injectables ?  *[Choix multiple, enregistrez toutes les mentionnées, si «*Ne recueille aucune information*» est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée]* | | Diabète non contrôlé de longue date A  Diabète non contrôlé avec néphropathie, neuropathie et rétinopathie B  Pression artérielle élevée > 160/100 mm hg C  Cancer du sein D  Cirrhose hépatique sévère E  Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome malin) F  Maladies cardiovasculaires G  Thrombose veineuse profonde/Embolie pulmonaire aiguë H  AVC I  Lupus Erythémateux Systémique J  Saignement vaginal inexpliqué K  Allergie connue à la progestérone/aux composants de l'injection L  Médicaments actuels M  Symptômes d’IST N  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 324 | Quels examens faites-vous avant de donner des injectables ?  *[Choix multiple, enregistrez toutes les mentionnées, si «*Ne fait aucun examen*» est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée]* | | Examen physique général (TA, poids, pouls, température, fréquence respiratoire, pâleur, état nutritionnel) A  Examen abdominal de routine B  Autres (préciser) X  Ne fais aucun examen Y | | |  |
| 325 | Quelles informations donnez-vous aux clientes avant de lui administrer des injectables ?  *[Choix multiple, enregistrez toutes les mentionnées, si «*Ne donne aucune information*» est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée]* | | Informer sur les autres méthodes disponibles A  La décision de prendre des injectables est volontaire B  La méthode est la méthode réversible C  Cela n'affecte pas le plaisir sexuel D  N'interfère pas avec les rapports sexuels E  Informer sur le retard et le retour à la fécondité F  Ses changements corporels et ses complications G  Examens à faire H  Visites de suivi I  Il ne protégera pas contre les IST  et VIH/SIDA J  Autres (préciser) X  Ne donne aucune information O | | |  |
| 326 | Quels conseils donnez-vous à une femme après la prise d'un Contraceptif injectable ?  *[Choix multiple, enregistrez toutes les mentionnées, si «*Je ne sais pas*» est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée]* | | A venir pour la prochaine injection après 3 mois A  Restez 5 à 10 minutes après avoir reçu  l'injection B  Ne pas masser le site d’injection C  Ne pas appliquer de fomentation chaude D  Attendez-vous à des changements menstruels et ne le faites pas  s'inquiéter indûment E  Effet immédiat si administré entre le « jour 1 » et le « jour 7 » de la menstruation F  Assurer à la cliente qu'elle doit se rendre dans l'établissement  si elle rencontre un problème G  Assurer à la cliente qu'elle doit se rendre dans l'établissement  si elle veut une autre méthode H  Autres (préciser) X  Je ne sais pas Z | | |  |
| 327 | De quel mécanisme de suivi disposez-vous/l'établissement dispose-t-il, c'est-à-dire comment vous/l'établissement assurez-vous que les clientes des contraceptifs injectables reçoivent des services de suivi à l'heure prévue ?  *[Choix multiple, enregistrez toutes les mentionnées, si «*Aucun mécanisme de suivi*» est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée]* | | Des appels téléphoniques sont effectués pour rappeler aux clients la date de suivi A  Les ASC se rendent à domicile pour une visite de suivi B  Les ASC rappellent aux clients la date de suivi C  Inscrire la date de suivi sur l'ordonnance D  Discutez si elle a des effets secondaires E  Autres (préciser) X  Aucun mécanisme de suivi O | | |  |
| 328 | **Connaissance et pratique**  **Je vais maintenant lire quelques affirmations. Dites-moi si elles sont vraies ou fausses.**   1. L’injectable bénéficie d’un délai de grâce d’un mois après la date d’échéance 2. Un examen pelvien est requis avant l’administration d’Injectable 3. L’injectable peut être administré immédiatement ou dans les sept jours suivant un avortement chirurgical 4. L’injectable peut être administré après 45 ans 5. Le retour à la fertilité après l'arrêt du DMPA injectable prend 12 mois après la dernière injection 6. L’injectable protège du VIH et des IST 7. Si l'injectable est administré au-delà du 7ème jour du cycle menstruel, les préservatifs doivent être conseillés comme solution de secours pendant une semaine. 8. La méthode injectable peut être administrée par voie sous-cutanée 9. Il est recommandé de reprendre le poids et la TA à chaque dose ultérieure. 10. L’injection injectable doit être réfrigérée 11. L’hygiène des mains doit se faire après l'administration 12. L'injectable peut être administré aux clientes atteintes d'un cancer du sein 13. L'injectable peut être administré aux clientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus 14. L'injectable peut être administré aux clients dont la TA est > 160/100 mm Hg. 15. L'injectable a un effet sur la densité minérale osseuse 16. Le traitement injectable peut être commencé immédiatement si la femme allaite 17. L’injectable provoque des saignements intermenstruels ou une ménorragie. 18. L’injectable provoque une prise de poids. 19. Si le saignement est deux fois plus long et deux fois plus abondant, une intervention médicale lourde est nécessaire. 20. Les aiguilles après utilisation doivent être jetées dans la poubelle. 21. Le recapuchonnage de l'aiguille usagée devrait être obligatoire | | **Vraie**  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1 | | **Fausse**  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2 |  |
| **329** | **VÉRIFIER: Q22 4 (g)**  **SI code « 1 » à Q22 4 (g) Implants** | | **SINON ALLEZ À** | | | **342** |
| 330 | **Quelles informations sociodémographiques/liées à la fertilité** collectez-vous auprès des nouveles clientes qui visitent l'établissement pour des implants ?  *[Choix multiple . Enregistrez tout mentionné. Si «*Ne recueille aucune information*» est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée.]* | | Âge  A  Situation matrimoniale B  Profession C  Religion D  Niveau d’étude E  Nombre d' enfants vivants F  Âge du plus jeune enfant G  Désir d’enfant supplémentaire H  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 331 | Quels **antécédents menstruels** recueillez-vous auprès des nouvelles clientes qui visitent la structure sanitaire pour des implants ?  *[Choix multiple . Enregistrez tout mentionné. Si «*Ne recueille aucune information*» est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée.]* | | Date des dernières règles A  Durée du cycle menstruel B  Durée de la période C  Quantité de flux D  Accouchements par césarienne E  Régularité de la période F  Saignementss entre les règles G  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 332 | Quels **antécédents obstétricaux** recueillez-vous auprès des nouvelles clientes qui visitent l'établissement pour des implants ?  *[Choix multiple . Enregistrez tout mentionné. Si «*Ne recueille aucune information*» est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée.]* | | État actuel de la grossesse A  Nombre de naissances vivantes B  Nombre d'accouchements normaux C  Nombre d’accouchements par césarienne D  Nombre d'avortements E  Date du dernier accouchement/avortement (selon le cas) F  Antécédents de grossesse anormale  (ectopique/vésiculaire) G  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 333 | Quelles sont les informations relatives aux antécédents contraceptifs que vous recueillez auprès des nouvelles clientes qui visitent l'établissement pour des implants ?  *[Choix multiple . Enregistrez tout mentionné. Si «*Ne recueille aucune information*» est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée.]* | | Expériences passées avec les méthodes de planification familiale A  Dernière méthode utilisée B  Causes d’arrêt C  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 334 | Quels **antécédents médicaux** recueillez-vous auprès des nouvelles clientes qui visitent la structure sanitaire pour des implants ?  *[Choix multiple . Enregistrez tout mentionné. Si «*Ne recueille aucune information*» est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée.]* | | Cancer du sein A  Maladie hépatique grave (cirrhose, hépatome malin, adénome hépatocellulaire) B  AVC C  Lupus Erythémateux Systémique D  Trombose veineuse Profonde aiguë E  vaginal inexpliqué F  Médicaments actuels G  Symptômes d’IST H  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 335 | Quelles informations donnez-vous à la cliente avant de poser des implants ?  *[Choix multiple . Enregistrez tout mentionné. Si «*Ne donne aucune information*» est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée.]* | | Informer sur les autres méthodes disponibles A  La décision de poser des implants est volontaire B  Informer sur l'efficacité de la méthode C  La méthode est la méthode réversible D  Cela n’affecte pas le plaisir sexuel E  N'interfère pas avec les rapports sexuels F  Informer sur le retour à la fécondité G  Ses effets secondaires et complications H  Tests à faire je  Examens à faire J  Visites de suivi K  Il ne protégera pas contre les IST  et VIH/SIDA L  Autres (préciser) X  Ne donne aucune information O | | |  |
| 336 | Quels examens faites-vous avant de poser des implants ?  *[Choix multiple . Enregistrez tout mentionné. Si «*Ne fait aucun examen*» est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée.]* | | Examen physique général (poids corporel, pâleur, pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire, température, état nutritionnel et œdème de la pédale) A  Examen des seins B  Autres (préciser) X  Ne fais aucun examen Y | | |  |
| 337 | Quelles instructions et conseils donnez-vous à une femme après la réception d’implants ?  *[Choix multiple . Enregistrez tout mentionné. Si «*Je ne sais pas*» est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée.]* | | Rassurez-lui qu'une fois l'effet de l'anesthésie locale disparu, elle peut ressentir un certain inconfort ou une douleur au site d'insertion. Ceci est courant et disparaîtra sans traitement. UN  Restez dans l'établissement au moins 15 à 20 minutes après l'insertion des implants B  Gardez le site d'insertion sec pendant 5 jours pour prévenir l'infection C  Retirer le pansement extérieur après 2 jours et le pansement intérieur après 5 jours lorsque le  la blessure est guérie D  Évitez de toucher de manière répétée le site d'insertion ou d'appliquer une pression inhabituelle sur le site, notamment en portant des poids lourds pendant 5 jours. E  Attendez-vous à des changements menstruels et ne le faites pas  s'inquiéter indûment F  Si le site de ponction devient enflammé (rouge avec une chaleur ou une sensibilité accrue) ou s'il y a du pus au site, retourner à l'établissement de santé G  L'implant la protégera de la grossesse pendant 3 ans, après quoi elle doit le faire retirer H  Conseiller pour les visites de suivi à 6 semaines  et 3 mois je  Assurer à la cliente qu'elle doit se rendre dans l'établissement  si elle rencontre un problème J  Expliquez quels détails sont disponibles dans la carte d'implant et toutes les informations nécessaires qui y sont écrites. K  Autres (préciser) X  Je ne sais pas Z | | |  |
| 338 | Informez-vous les clients des complications possibles après la pose de l'implant ? | | Oui 1  Non 2 | | | 340 |
| 339 | Quelles sont les complications possibles pour lesquelles la cliente doit retourner immédiatement à l'établissement ?  *[Choix multiple . Enregistrez tout mentionné. Si «*Je ne sais pas*» est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée.]* | | Douleur/écoulement du site d'insertion A  L'expulsion de l'implant ou de l'implant ne peut être ressentie ou si sa pointe est visible dans le bras B  Douleur abdominale basse sévère C  Migraine D  Maux de tête sévères répétés et vision floue E  Saignements prolongés/abondants, c'est-à-dire saignements pendant huit jours ou plus ou deux fois plus que la normale F  Retard menstruel après plusieurs mois de cycles réguliers G  Autres (préciser) X  Je ne sais pas Z | | |  |
| 340 | Quelles instructions et conseils donnez-vous à une femme après le retrait des implants ?  D'autres questions ?  *[Choix multiple . Enregistrez tout mentionné. Si «*Ne donne aucune instruction*» est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée.]* | | Gardez la zone sèche et propre pendant au moins 5 jours A  Retirer le pansement extérieur après 2 jours et le pansement intérieur après 5 jours B  Il peut y avoir des ecchymoses, un gonflement ou une sensibilité au site d'insertion pendant quelques jours. C  Les travaux de routine peuvent être effectués immédiatement. Évitez de toucher ou d'appliquer une pression inhabituelle sur le site à plusieurs reprises, notamment en transportant de lourdes charges D  Après cicatrisation, la zone peut être touchée et lavée avec une pression normale E  Autres (préciser) X  Ne donne aucune instruction Z | | |  |
| 341 | **Connaissance et pratique**  **Je vais maintenant lire quelques affirmations. Dites-moi si elles sont vraies ou fausses.**   1. Les implants offrent une protection de 3 à 5 ans contre une grossesse non désirée selon le type d'implant 2. L'implant doit être inséré sous la peau du bras non dominant 3. Le retour à la fertilité après le retrait de l'implant prend 12 mois 4. L'implant ne peut pas être inséré chez une femme présentant une rupture prolongée de la membrane 5. L'implant peut être donné à une femme après une Hémorragie du postpartum 6. L'implant devient efficace en 48 heures après l'insertion 7. L'implant a un effet sur la densité minérale osseuse 8. L'implant doit être retiré par un prestataire de soins de santé qualifié 9. Les implants font partie des méthodes les plus efficaces et ont une action prolongée. 10. Les implants ne doivent pas être insérés chez une femme qui allaite un bébé de moins de 6 semaines. 11. Les implants ne doivent pas être insérés si une femme souffre d’une maladie grave, d’une infection ou d’une tumeur dans le foie 12. Les implants ne doivent pas être insérés chez une femme atteinte d'un cancer du sein . 13. Les implants ne doivent pas être insérés chez une femme qui présente actuellement un caillot sanguin dans les veines profondes des jambes ou des poumons. 14. Les implants ne se déplacent pas vers d’autres parties du corps. 15. Une femme qui a choisi des implants doit être informée de ce qui se passe lors de l'insertion. 16. La tige retirée et les articles contaminés (compresse, coton et autres articles) doivent être jetés dans la poubelle . 17. Le client doit être orienté vers un établissement supérieur si la tige n'est pas palpable ou palpable profondément. 18. L'implant peut être localisé par radiographie bidimensionnelle | | **Vraie**  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1 | | **Fausse**  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2 |  |
| Je vais maintenant vous lire une situation. Dites-moi ce que vous feriez dans les mêmes circonstances. | | | | | | |
| 341aa | **Scénario** : Jessica, une femme de 28 ans, se présente à la clinique pour la pose d'un implant contraceptif.  **Question :** Quelle est l’étape cruciale que l’infirmière doit franchir avant d’insérer l’implant contraceptif ? | | Sauter la séance de conseil car la procédure est simple 1  Interroger le patient sur toute allergie ou réaction aux implants précédents **2**  Planifier l'insertion sans vérifier l'identité du patient 3  Fournir l’implant sans expliquer les effets secondaires potentiels 4 | | |  |
| **342** | | **VÉRIFIER : Q22 4 ( j ), Q 224 ( k ) et Q22 4 ( l )**  **SI codez « 1 » en Q22 4 ( h)**  **Q22 4 ( h) Stérilisation** | **SINON ALLEZ À** | | | **359** |
| 343 | | Quelles **informations sociodémographiques/liées à la fertilité** collectez-vous auprès des nouvelles clientes qui visitent l'établissement de stérilisation féminine ?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les réponses. Si la réponse est « ne* recueille *aucune information », aucune des autres options ne doit être entourée].* | Âge  A  Situation matrimoniale B  Profession C  Religion D  Niveau d’étude E  Nombre d' enfants vivants F  Âge du plus jeune enfant G  Désir d’enfant supplémentaire H  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 344 | | Quels sont les antécédents menstruels que vous recueillezauprès des nouvelles clientes qui visitent la structure sanitaire pour une stérilisation ?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les réponses. Si la réponse est « ne* recueille *aucune information », aucune des autres options ne doit être entourée].* | Date des dernières règles A  Durée du cycle menstruel B  Durée de la période C  Quantité de débit D  Accouchements par césarienne E  Régularité de la période F  Saignements entre les règles G  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 345 | | Quel **antécédents obstétricaux** recueillez-vous auprès des nouvelles clientes qui visitent l'établissement pour une stérilisation ?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les réponses. Si la réponse est « ne* recueille *aucune information », aucune des autres options ne doit être entourée].* | État actuel de la grossesse A  Nombre de naissances vivantes B  Nombre d'accouchements normaux C  Nombre d’Accouchements par césarienne D  Nombre d'avortements E  Date du dernier accouchement/avortement (selon le cas) F  Antécédents de grossesse anormale  (ectopique/vésiculaire) G  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 346 | | Quelles informations relatives aux **antécédents contraceptifs** collectez-vous auprès des nouvelles clientes qui visitent la structure sanitaire pour des implants ?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les réponses. Si la réponse est « ne* recueille *aucune information », aucune des autres options ne doit être entourée].* | Expériences passées avec les méthodes de planification familiale A  Dernière méthode utilisée B  Causes d’arrêt C  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 347 | | Quelles sont les conditions médicales qui nécessitent une approche prudente de la chirurgie dans un contexte de routine ?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les réponses. Si la réponse est « Je ne sais pas », aucune des autres options ne doit être entourée].* | Chirurgie abdominale/pelvienne antérieure A  Obésité B  TA contrôlée C  Cardiopathie non compliquée D  Antécédents d'hypertension artérielle E  Antécédents d'accident vasculaire cérébral (accident vasculaire cérébral) F  Antécédents de Thrombose veineuse profonde/ Embolie pulmonaire G  Épilepsie H  Troubles dépressifs I  Cancer du sein actuel J  Fibromes utérins K  Salpingite sans grossesse ultérieure L  Diabète simple M  Hypothyroïdie N  Cirrhose légère et tumeur O  Maladies rénales P  Hémoglobinopathies Q  VIH R  Autres (préciser) X  Je ne sais pas O | | |  |
| 348 | | Dans quelles conditions médicales la stérilisation féminine doit-elle être effectuée par un chirurgien expérimenté dans un établissement disposant d'une anesthésie générale et d'une assistance médicale ?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les réponses. Si la réponse est « Je ne sais pas », aucune des autres options ne doit être entourée].* | TA élevée (> 160/100 mm hg) A  Maladie cardiaque compliquée B  Troubles de la coagulation C  Maladie pulmonaire chronique D  Endométriose E  Tuberculose pelvienne F  Utérus fixe en raison d'une intervention chirurgicale antérieure ou d'une infection G  Paroi abdominale/hernie ombilicale H  Rupture/perforation utérine post-partum ou post-avortement I  Complications associées au diabète J  Hyperthyroïdie K  Cirrhose sévère L  SIDA M  Autres (préciser) X  Je ne sais pas O | | |  |
| 349 | | Quelles informations fournissez-vous à la cliente avant l’opération de stérilisation ?  *[Choix multiple. Enregistrez tout mentionné. Si « ne fournir aucune information » est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée.]* | Informer le client sur les différentes méthodes de  contraception A  C'est une intervention chirurgicale B  C'est une procédure permanente C  Procédures avant et après la chirurgie D  La décision d'opter pour la stérilisation est  volontairement……… E  N'interfère pas avec les rapports sexuels F  Cela n'affectera pas les performances sexuelles G  Cela n'affectera pas la capacité à effectuer des tâches quotidiennes normales.  tâches quotidiennes H  Ses effets secondaires et complications I  Tests à faire J  Examens à faire K  Visites de suivi L  Il ne protégera pas contre les IST  et VIH/SIDA M  Autres (préciser) X  Ne fournissez aucune information O | | |  |
| 350 | | Selon vous, quel bilan clinique faut-il réaliser avant la stérilisation féminine ?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les réponses. Si la réponse est « Je ne sais pas », aucune des autres options ne doit être entourée].* | Examen général A  Examen physique B  Examen gynécologique C  Autres (préciser) X  Ne fais aucun examen Y | | |  |
| 351 | | Selon vous, quels examens de laboratoire prescrivez-vous à la cliente avant la stérilisation féminine ?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les réponses. Si la réponse est «*Ne prescrire aucun test*», aucune des autres options ne doit être entourée].* | Test sanguin pour l'hémoglobine A  Analyse d'urine pour le sucre et l'albumine B  Test de grossesse C  Autres (préciser) X  Ne prescrire aucun test O | | |  |
| 352 | | Combien de temps une cliente doit-elle rester dans la structure sanitaire après une stérilisation féminine ? | Moins de quatre heures 1  4 à 6 heures 2  7 à 9 heures 3  Plus de 9 heures 4  Autres (préciser) 5 | | |  |
| 353 | | Quels examens post-procéduraux effectuez-vous avant de renvoyer une cliente stérilisée ?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les réponses. Si la réponse est «*Aucun*», aucune des autres options ne doit être entourée].* | Examiner la stabilité des signes vitaux A  Vérifiez si elle est complètement réveillée B  Demandez-lui si elle a uriné C  Vérifier la zone d'incision D  Autres (préciser) X  Aucun O | | |  |
| 354 | | Quelles instructions donnez-vous aux clientes avant leur sortie de la structure sanitaire ?  *[Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l'option « ne donne aucune instruction » est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | Repos pour le reste de la journée A  Reprendre les travaux légers après 48 heures B  Reprendre l'activité complète après 2 semaines C  Gardez la zone d’incision propre et sèche D  Ne pas ouvrir le pansement E  Se baigner après 24 heures d'intervention chirurgicale F  Instructions concernant les médicaments G  Doit se signaler à la clinique/au médecin en cas de complications H  Je devrais visiter l'établissement pour un contrôle le 7 ème jour .  Visite à l'établissement en cas d'absence de la période J  Autres (préciser) X  Ne donne aucune instruction Y | | |  |
| 355 | | Informez-vous les clientes des complications possibles qu'elles pourraient rencontrer après la stérilisation ? | Oui 1  Non 2 | | | **3 57** |
| 356 | | Quelles sont les complications possibles sur lesquelles vous vous informez ?  *[Choix multiple. Enregistrez tout mentionné. Si «Ne s’informe pas dessus» est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée.]* | Pus de la zone d'incision A  Saignement de la zone d'incision B  Déhiscence de la plaie C  Gonflement abdominal D  Lésion/perforation intestinale E  Lésion de la vessie F  Fièvre G  Douleur excessive H  Autres (préciser) X  Ne s’informe pas dessus Y | | |  |
| 357 | | Quel est le mécanisme de suivi dont vous disposez ou dont l'établissement dispose, c'est-à-dire comment veillez-vous à ce que les femmes stérilisées bénéficient des services de suivi à la date prévue ?  *[Choix multiple. Enregistrez tout mentionné. Si «Je ne sais pas» est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée.]* | Des appels téléphoniques sont effectués pour rappeler aux clients  date de suivi A  les ASC se rendent à domicile pour une visite de suivi B  les ASC rappellent aux clients les points suivants.  mise à jour C  Inscrire la date de suivi sur l'ordonnance D  Autres (préciser) X  Aucun mécanisme de suivi O  Je ne sais pas Z | | |  |
| 358 | | **Je vais maintenant lire quelques affirmations. Dites-moi si elles sont vraies ou fausses.**   1. La période post-partum est le meilleur moment pour que la femme se fasse stériliser. 2. La stérilisation féminine ne doit pas être associée à un avortement chirurgical. 3. La stérilisation ne peut pas être pratiquée sur les femmes dont le taux d'hémoglobine est inférieur à 7 g/dL. 4. Il est acceptable d'effectuer une stérilisation sur une cliente atteinte d’une IST. 5. Le dépistage du VIH est obligatoire avant de procéder à la stérilisation. 6. La présence d'anesthésistes est nécessaire pour la procédure de stérilisation. 7. La présence d'un membre de la famille auprès de la femme est nécessaire pour la stérilisation. 8. Le consentement du mari est obligatoire pour que les femmes puissent se faire stériliser. 9. Une nuitée est requise pour la stérilisation par laparoscopie. 10. La procédure de stérilisation doit être différée chez les femmes ayant une Hb > 7 g/dl 11. La procédure de stérilisation doit être différée chez une femme qui est entre 8 et 42 ? de post-partum. 12. La procédure de stérilisation ne doit pas être différée chez une femme ayant eu une grossesse avec une éclampsie ou une pré-éclampsie sévère. 13. La procédure de stérilisation ne doit pas être différée chez une femme atteinte d'une maladie trophoblastique hamaligne. 14. La procédure de stérilisation ne doit pas être différée chez une femme présentant actuellement une cervicite purulente, une chlamydia ou une gonorrhée. 15. La procédure de stérilisation doit être abandonnée chez une femme souffrant actuellement d'une maladie de la vésicule biliaire. 16. L'approche sous-ombilicale est appropriée dans la stérilisation post-partum 17. L'identification de la trompe lors d'une intervention par mini-tour doit être effectuée avec une pince babcock. 18. Il existe un risque de blessure d'une vessie pleine pendant l'intervention | **Vraie**  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1 | **Fausse**  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2 | |  |
| Je vais maintenant vous lire une situation. Dites-moi ce que vous feriez dans les mêmes circonstances. | | | | | | |
| 358aa | | **Scénario** : Soukey, une femme de 40 ans, exprime son intérêt pour la contraception permanente.  **Question** : Quelles informations l’infirmiére doit-elle fournir à Lisa sur la stérilisation ? | Elle peut être facilement inversé 1  Elle est moins efficace que les autres méthodes contraceptives 2  Cela nécessite une intervention chirurgicale aussi bien pour les hommes que pour les femmes **3**  Elle offre une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) 4 | | |  |
| **359** | | **VÉRIFIER: Q22 4 ( i )**  **SI code '1' en Q22 4 ( i ) Stérilisation masculine** | **SINON ALLEZ À** | | | **401** |
| 360 | | Quelles **informations sociodémographiques/liées à la fécondité** recueillez -vous auprès des nouveaux clients qui visitent la structure sanitaire pour une stérilisation masculine ?  *Choix multiple. Enregistrez toutes les réponses. Si l'option « Ne recueille aucune information » est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | Âge  A  Situation matrimoniale B  Profession C  Religion D  Niveau d’étude E  Nombre d' enfants vivants…………………………… F  Âge du plus jeune enfant G  Désir d’enfant supplémentaire H  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 361 | | Lorsqu'un nouvelle cliente se présente pour une stérilisation masculine, quels sont les **antécédents reproductifs** que vous recueillez auprès de lui ?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les réponses. Si l'option « Ne recueille aucune information » est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | Expériences passées avec les méthodes de planification familiale A  Dernière méthode utilisée B  Causes d’arrêt C  Dernières règles de la femme D  Antécédents de stérilisation du conjoint E  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 362 | | Quels sont les **antécédents médicaux** que vous recueillez auprès des nouveaux clients qui se rendent à l'établissement pour une stérilisation masculine ?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les réponses. Si l'option « Ne recueille aucune information » est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | Maladie fébrile aiguë A  Diabète contrôlé B  Troubles de la coagulation C  Problèmes sexuels D  Troubles mentaux E  Prise de médicaments en cours F  Autres (préciser) X  Ne recueille aucune information O | | |  |
| 363 | | Quels sont les examens cliniques que vous effectuez avant une procédure de stérilisation masculine ?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les réponses. Si l'option « Ne fait aucun examen » est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | Fréquence du pouls A  Pression artérielle B  Température corporelle C  Examen du pénis D  Examen des testicules E  Examen du scrotum F  État général et état nutritionnel G  Autres (préciser) X  Ne fais aucun examen Y | | |  |
| 364 | | Quelles sont les informations à partager avec le client avant de procéder à une stérilisation masculine ?  *[Choix multiple. Enregistrez toutes les réponses. Si l'option « Ne fait rien » est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | Informer le client sur les différentes méthodes de contraception A  La décision d’opter pour la stérilisation masculine est volontaire B  Informer sur les procédures avant et après la  chirurgie C  C'est une procédure permanente D  N'interfère pas avec les rapports sexuels E  Cela n'affectera pas la force ou la capacité F  Le renversement est possible mais le succès n’est pas garanti G  C'est une intervention chirurgicale qui présente un risque de complications H  Ses effets secondaires et complications I  Après une vasectomie, il est nécessaire d'utiliser une solution de secours  méthode contraceptive pendant 3 mois J  Tests à faire K  Examens à faire L  Doit venir chercher du sperme après 1 mois M  Doit venir chercher du sperme après 3 mois N  Il ne protégera pas contre les IST \ et le VIH/SIDA O  Autres (préciser) X  Ne fait rien Y | | |  |
| 365 | | Quels examens de laboratoire prescrivez-vous au client avant la procédure de stérilisation masculine ? | Analyse d'urine pour le sucre et l'albumine 1  Autres (préciser) 7  Ne prescrivez rien 8 | | |  |
| 366 | | Combien de temps gardez-vous le client dans l'établissement après l'opération ? | Moins de 30 minutes 1  30 - 45 minutes 2  45 min à 1h 3  Plus d'1 heure 4  Je ne sais pas 8 | | |  |
| 367 | | Quels sont les examens que vous effectuez avant de laisser sortir le client de la stérilisation masculine ?  *[Choix multiple. Notez tous les examens mentionnés. Si l'option « ne fait aucun examen » est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | Signes vitaux A  Examiner la stabilité des signes du flacon (client alert  et ambulatoire B  Autres (préciser) X  Ne fais aucun examen Y | | |  |
| 368 | | Quelles instructions donnez-vous aux clients avant leur sortie ?  *[Choix multiple. Enregistrez tout mentionné. Si « ne donne aucune instruction » est signalé, aucune des autres options ne doit être cerclée.]* | Il faut porter des sous-vêtements serrés A  Se reposer le reste de la journée B  Reprendre les travaux légers après 48 heures C  Reprise de l'activité complète après 1 semaine J  Prenez les médicaments comme conseillé E  Garder la zone d’incision propre et sèche F  Ne pas ouvrir les pansements G  Se baigner après 24 heures d'intervention chirurgicale H  Je dois signaler à la clinique/au médecin toute complication .  Doit se rendre dans l'établissement pour un contrôle le 7 ème jour J  Visite à l'établissement pour analyse de sperme après 3 mois K  Informer le client qu'il ne devient pas stérile  immédiatement après l'opération L  Utilisez un préservatif ou toute autre méthode de contraception  pendant les 3 prochains mois jusqu'à ce que l'analyse du sperme ne montre aucun sperme M  Autres (préciser) X  Ne donne aucune instruction Y | | |  |
| 369 | | Informez-vous les clients des complications postopératoires de la stérilisation masculine ? | Oui 1  Non 2 | | | 3 72 |
| 370 | | Quelles sont les complications possibles dont vous les informez ?  *[Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si la réponse est « ne pas informer », aucune des autres options ne doit être entourée].* | Douleur excessive A  Évanouissement B  Fièvre C  Saignement D  Augmentation de la taille du scrotum E  Écoulement de pus du site opéré F  Autres (préciser) X  Ne pas informer Y | | |  |
| 371 | | Quels sont les problèmes de santé auxquels le client peut être confronté pendant/après la procédure de stérilisation masculine ?  *[Choix multiple. Enregistrer tous les problèmes mentionnés. Si « Je ne sais pas » est mentionné, aucune des autres options ne doit être encerclée]* | Gonflement du tissu scrotal, ecchymoses et douleur A  Infection B  Hématome C  Aucun problème de santé D  Autres (préciser) X  Je ne sais pas Z | | |  |
| 372 | | Selon vous, cette méthode de stérilisation masculine protège-t-elle du VIH et des IST ? | Oui 1  Non 2  Je ne sais pas 8 | | |  |
| 373 | | Quel est le mécanisme de suivi dont vous disposez ou dont l'établissement dispose, c'est-à-dire comment veillez-vous ou comment l'établissement veille-t-il à ce que les personnes ayant subi une stérilisation masculine bénéficient des services de suivi à la date prévue ?  *[Choix multiple. Enregistrer tous les problèmes mentionnés. Si « Je ne sais pas » est mentionné, aucune des autres options ne doit être encerclée]* | Des appels téléphoniques sont effectués pour rappeler aux clients  date de suivi A  les ASC se rendent à domicile pour une visite de suivi B  Les ASC rappellent aux clients les  date de suivi C  Inscrire la date de suivi sur l'ordonnance D  Autres (préciser) X  Aucun mécanisme de suivi O  Je ne sais pas Z | | |  |
| 374 | | **Connaissance et pratique**  Je vais maintenant lire quelques affirmations. Dites-moi si elles sont vraies ou fausses.   1. Si le client présente un IST, la stérilisation masculine de ce client peut être effectuée immédiatement. 2. Le dépistage du VIH est obligatoire avant de procéder à la stérilisation masculine 3. La présence d'anesthésistes est nécessaire pour la procédure de stérilisation masculine 4. La présence d'un membre de la famille avec les hommes est nécessaire pour la stérilisation masculine 5. Le consentement de l'épouse est obligatoire pour qu'un homme puisse subir une stérilisation masculine 6. Une nuitée est requise pour la stérilisation masculine 7. La stérilisation masculine n'est considérée comme réussie qu'après que l'analyse du sperme montre un nombre nul de spermatozoïdes 8. Le préservatif doit être utilisé pour chaque acte sexuel pendant trois à six mois après la stérilisation masculine. | **Vraie**  1  1  1  1  1  1  1  1 | | **Fausse**  2  2  2  2  2  2  2  2 |  |

**SECTION 4 : ATTITUDE À L'ÉGARD DE LA PLANIFICATION FAMILIALE**

| **#** | **QUESTIONS ET FILTRES** | **CODAGE** | | | | | **PASSEZ À** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Maintenant, j'aimerai connaître votre opinion sur les services de planification familiale.** | | | | | | | |
| 401 | Je vais maintenant vous lire quelques affirmations. Veuillez me dire si vous êtes tout à fait d’accord, d’accord, pas d'accord, pas du tout d'accord ou neutre avec chaque affirmation :   1. Les services de planification familiale doivent être accessibles à tous, quel que soit leur statut socio-économique 2. La planification familiale est une composante essentielle des soins de santé complets 3. La planification familiale contribue à améliorer les résultats en matière de santé maternelle et infantile 4. Les services de planification familiale devraient inclure des conseils sur un large éventail de méthodes contraceptives 5. La promotion de la planification familiale peut contribuer à réduire la pauvreté et à promouvoir le développement économique 6. Les services complets de planification familiale devraient inclure une éducation et des conseils sur la santé reproductive et le bien-être sexuel. 7. L' amélioration de l'accès à un large éventail d'options contraceptives peut aider les individus et les couples à faire des choix éclairés concernant leur avenir reproductif. 8. Il est important que les prestataires de soins de santé encouragent une communication ouverte entre les partenaires concernant les décisions en matière de planification familiale. 9. Les partenaires masculins devraient également être informés de leur rôle dans la prise de décision en matière de planification familiale. 10. Les services de planification familiale doivent être inclusifs et accessibles à tous, quel que soit leur état civil. 11. Il est important de discuter du retour à la fertilité chez les femmes en post-partum 12. Il est important de discuter du retour à la fertilité chez les femmes après un avortement. | **Tout à fait d'accord**  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1 | **D’accord**  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2 | **Neutre**  3  3  3  3  3  3  3  3  3  3  3  3 | **Je ne suis pas d'accord**  4  4  4  4  4  4  4  4  4  4  4  4 | **Fortement en désaccord**  5  5  5  5  5  5  5  5  5  5  5  5 |  |
| **Maintenant, j'aimerais connaître votre opinion envers des méthodes spécifiques de planification familiale .** | | | | | | | |
| 402 | **VÉRIFIER : Q22 4 (a), Q22 4 (b) et Q22 4 (c)**  **SI code « 1 » dans Q 224 (a) DIU** | **SINON ALLEZ À** | | | | | **404** |
| 403 | Je vais maintenant vous lire quelques affirmations. Veuillez me dire si vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord, pas du tout d'accord ou neutre avec l'affirmation :   1. Les dispositifs intra-utérins (DIU) devraient être accessibles à toutes les femmes qui souhaitent une contraception à long terme, quel que soit leur âge. 2. Des DIU peuvent être fournis aux femmes célibataires 3. Des DIU peuvent être fournis aux femmes qui ont reconstitué leur famille 4. Des DIU peuvent être fournis aux femmes nullipares 5. Le DIU a un impact négatif sur la fertilité future 6. Les femmes présentant des effets secondaires/des changements menstruels liés à l'utilisation du DIU devraient passer à une autre méthode. 7. Le consentement du conjoint est obligatoire avant la fourniture de cette méthode 8. Les prestataires de soins de santé doivent aborder les idées fausses et les préoccupations courantes concernant les dispositifs intra-utérins (DIU) lors des séances de conseil. 9. Les dispositifs intra-utérins (DIU) devraient être promus comme option contraceptive de première intention pour les personnes recherchant une contraception à long terme très efficace 10. Le prestataire est la personne la mieux placée pour décider de la méthode que le client doit utiliser 11. Une femme qui est certaine de vouloir un espacement prolongé entre les enfants est une bonne candidate pour le DIU. 12. Une femme qui est certaine de vouloir un espacement prolongé entre les enfants est une bonne candidate pour le DIU. | Tout à fait d'accord  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1 | D'accord  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2 | Neutre  3  3  3  3  3  3  3  3  3  3  3  3 | pas d'accord  4  4  4  4  4  4  4  4  4  4  4  4 | Fortement en désaccord  5  5  5  5  5  5  5  5  5  5  5  5 |  |
| 404 | **VÉRIFIER: Q22 4 (b)**  **Code IF ' 1 ' en Q22 4 (b) Injectables** | **SINON ALLEZ À** | | | | | **406** |
| 405 | Maintenant, je vais lire quelques déclarations. Veuillez me dire si vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, en désaccord, fortement en désaccord ou neutre avec l'énoncé :  :   1. Les contraceptifs injectables devraient être accessibles à toutes les femmes qui souhaitent une contraception à long terme, quel que soit leur âge. 2. Les contraceptifs injectables ​ peuvent être fourni aux femmes célibataires 3. Les contraceptifs injectables être offert aux femmes qui ont reconstitué leur famille 4. Les contraceptifs injectables être proposé aux femmes nullipares 5. Les injectables ont un impact négatif sur la fertilité future 6. Les femmes ayant des changements menstruels suite à l’utilisation de produits injectables devraient passer à une autre méthode 7. Le consentement du conjoint est obligatoire avant la fourniture de cette méthode 8. Les prestataires de soins de santé doivent aborder les idées fausses et les préoccupations courantes concernant les contraceptifs injectables lors des séances de conseil. 9. Les contraceptifs injectables doivent être encouragés comme option contraceptive de première intention pour les personnes recherchant une contraception à long terme très efficace. 10. Fournir une formation et une éducation aux patients sur les techniques d'auto-administration des contraceptifs injectables, telles que les sites et les horaires d'injection appropriés | Tout à fait d'accord  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1 | D'accord  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2 | Neutre  3  3  3  3  3  3  3  3  3  3 | pas d'accord  4  4  4  4  4  4  4  4  4  4 | Fortement en désaccord  5  5  5  5  5  5  5  5  5  5 |  |
| 406 | **VÉRIFIER: Q22 4 (g)**  **SI code ' 1 ' en Q22 4 (g) Implants** | **SINON ALLEZ À** | | | | | **408** |
| 407 | Maintenant, je vais lire quelques déclarations. Veuillez me dire si vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, en désaccord, fortement en désaccord ou neutre avec l'énoncé :   1. Les implants devraient être accessibles à toutes les femmes qui souhaitent une contraception à long terme, quel que soit leur âge. 2. Des implants peuvent être fournis aux femmes célibataires 3. Des implants peuvent être fournis aux femmes qui ont reconstitué leur famille 4. Des implants peuvent être fournis aux femmes nullipares 5. Les implants ont un impact négatif sur la fertilité future 6. Les femmes ayant des changements menstruels suite à l'utilisation d'implants devraient passer à une autre méthode. 7. Le consentement du conjoint est obligatoire avant la fourniture de cette méthode 8. Les prestataires de soins de santé doivent aborder les idées fausses et les préoccupations courantes concernant les implants lors des séances de conseil. 9. Les implants doivent être encouragés comme option contraceptive de première intention pour les personnes recherchant une contraception à long terme très efficace. 10. Fournir une formation et une éducation aux patients sur les techniques d'autogestion des implants contraceptifs, telles que la vérification de la présence de l'implant | **Tout à fait d'accord**  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1 | D’accord  2  2  2  2  2  2  2  2  2  2 | Neutre  3  3  3  3  3  3  3  3  3  3 | pas d'accord  4  4  4  4  4  4  4  4  4  4 | **Fortement en** désaccord  5  5  5  5  5  5  5  5  5  5 |  |
| 408 | **VÉRIFIER: Q22 4 ( f )**  **SI code ' 1 ' en Q22 4 (f) pillule** | **SINON ALLEZ À** | | | | | **410** |
| 409 | Maintenant, je vais lire quelques déclarations. Veuillez me dire si vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, en désaccord, fortement en désaccord ou neutre avec l'énoncé :   1. La pillule peut-elle être fournie aux femmes célibataires ? 2. La pillule peut-elle être fournie aux femmes qui ont reconstitué leur famille ? 3. La pillule peut-elle être fournie aux femmes nullipares ? 4. Le consentement du conjoint est-il obligatoire avant la mise à disposition de cette méthode ? 5. La pillule devrait-il être facilement accessible aux individus comme moyen de prévenir les grossesses non désirées ? 6. Il est important de fournir des conseils sur l'utilisation correcte et les effets secondaires potentiels de la pillule. | **Tout à fait d'accord**  1  1  1  1  1  1 | D’accord  2  2  2  2  2  2 | Neutre  3  3  3  3  3  3 | <pas **d'accord**  4  4  4  4  4  4 | **Fortement en** désaccord  5  5  5  5  5  5 |  |
| Je vais maintenant vous lire une situation. Dites-moi ce que vous feriez dans les mêmes circonstances. | | | | | | | |
| 409aa | **Scénario** : Une femme de 30 ans nommée Maria se voit prescrire des pilules contraceptives à des fins de contraception. Elle se soucie de ne pas oublier de les prendre quotidiennement.  **Question** : Comment l'infirmière devrait-elle répondre aux inquiétudes de Maria concernant le fait de ne pas oublier de prendre ses pilules contraceptives ? | Lui suggérer de passer à une autre méthode contraceptive 1  Lui conseiller de prendre deux comprimés à la fois si elle oublie une dose 2  Proposer des stratégies telles que définir des rappels ou utiliser des piluliers **3**  Rejeter ses préoccupations comme étant courantes et ne pas proposer de solutions 4 | | | | |  |
| 410 | **VÉRIFIER: Q22 4 ( e)**  **SI code ' 1 ' en Q22 4 ( e ) contraception d'urgence**  **(CU)** | **SINON ALLEZ À** | | | | | **412** |
| 411 | Maintenant, je vais lire quelques déclarations. Veuillez me dire si vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, en désaccord, fortement en désaccord ou neutre avec l'énoncé :   1. La CU peut être fournie aux femmes célibataires 2. La CU peut être fournie aux femmes nullipares 3. Le consentement du conjoint est obligatoire avant la fourniture de la CU 4. L'utilisation répétée de la CU, en particulier chez les adolescents, favorisera la promiscuité 5. La CU/devrait être facilement accessible aux individus comme moyen de prévenir les grossesses non désirées 6. Il est important de fournir des conseils sur l'utilisation correcte et les effets secondaires potentiels de la CU. | **Tout à fait d'accord**  1  1  1  1  1  1 | D’accord  2  2  2  2  2  2 | Neutre  3  3  3  3  3  3 | pas **d'accord**  4  4  4  4  4  4 | **Fortement en** désaccord  5  5  5  5  5  5 |  |
| Je vais maintenant vous lire une situation. Dites-moi ce que vous feriez dans les mêmes circonstances. | | | | | | | |
| 411aa | **Scénario :** Emily, une étudiante de 19 ans, se présente à la clinique pour demander une contraception d'urgence après qu'un préservatif s'est brisé lors d'un rapport sexuel avec son partenaire.  **Question :** Quelles informations l'infirmière doit-elle fournir à Emily lors de la consultation de contraception d'urgence ? | Instructions pour appliquer un patch contraceptif 1  Education sur l’efficacité des méthodes de connaissance de la fécondité 2  Conseils pour prendre une contraception d’urgence dans les 72 heures suivant un rapport sexuel non protégé **3**  Recommandation d'utiliser la contraception d'urgence comme forme régulière de contraception 4 | | | | |  |
| 412 | **VÉRIFIER: Q22 4 (h), Q22 4 (i)**  **SI codez « 1 » en Q22 4 (d) Préservatif féminin**  **Q22 4 (c) Préservatif masculin** | **SINON ALLEZ À** | | | | | **414** |
| 413 | Maintenant, je vais lire quelques déclarations. Veuillez me dire si vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, en désaccord, fortement en désaccord ou neutre avec l'énoncé :   1. Un préservatif peut être fourni aux femmes célibataires 2. Un préservatif peut être fourni aux femmes nullipares 3. La mise à disposition du préservatif pour les adolescents favorisera la promiscuité 4. Les préservatifs sont le meilleur contraceptif pour les adolescents 5. Les préservatifs devraient être promus comme méthode à double usage pour prévenir à la fois les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles (IST). | **Tout à fait d'accord**  1  1  1  1  1 | D’accord  2  2  2  2  2 | Neutre  3  3  3  3  3 | En désaccord  4  4  4  4  4 | Fortement en désaccord  5  5  5  5  5 |  |
| Je vais maintenant vous lire une situation. Dites-moi ce que vous feriez dans les mêmes circonstances. | | | | | | | |
| 413aa | **Scénario** : Ndeye, une femme de 22 ans, souhaite en savoir plus sur les méthodes de contraception barrière.  **Question** : Quelle méthode l’infirmière peut-elle recommander à Ndeye comme méthode de contraception barrière ? | Pilules contraceptives 1  Préservatifs  **2**  Dispositifs intra-utérins (DIU) 3  Contraceptifs injectables 4 | | | | |  |
| 414 | **VÉRIFIER : Q22 4 ( j ), Q22 4 ( k ) et Q22 4 ( l )**  **SI codez « 1 » en Q22 4 ( h)**  **Q22 4 ( l ) Stérilisation feminine** | **SINON ALLEZ À** | | | | | **416** |
| 415 | Maintenant, je vais lire quelques déclarations. Veuillez me dire si vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, en désaccord, fortement en désaccord ou neutre avec l'énoncé :   1. Les prestataires de soins de santé doivent garantir un consentement éclairé et fournir des conseils complets avant de procéder à des procédures de stérilisation féminine. 2. Le consentement du conjoint est obligatoire avant de procéder à la stérilisation féminine 3. Les services de stérilisation féminine devraient être proposés aux femmes qui ont atteint la taille de famille souhaitée ou qui ne souhaitent pas avoir d'enfants. 4. Les services de stérilisation féminine devraient être proposés aux femmes qui ont atteint la taille de famille souhaitée dans la période post-partum immédiate. 5. Les services de stérilisation féminine doivent être déterminés en fonction du sexe des enfants vivants. 6. La stérilisation féminine ne devrait pas être proposée aux femmes n'ayant qu'un seul enfant. 7. La stérilisation féminine ne devrait pas être proposée aux jeunes femmes qui n’ont pas de fils 8. Il est de la responsabilité des femmes d'adopter une méthode de planification familiale. 9. Le prestataire est la personne la mieux placée pour décider si une cliente doit subir une stérilisation féminine. | **Tout à fait d'accord**  1  1  1  1  1  1  1  1 | D’accord  2  2  2  2  2  2  2  2 | Neutre  3  3  3  3  3  3  3  3 | pas **d'accord**  4  4  4  4  4  4  4  4 | **Fortement en** désaccord  5  5  5  5  5  5  5  5 |  |
| 416 | **VÉRIFIER: Q22 4 ( i )**  **SI codez ' 1 ' en Q22 4 ( i ) stérilisation masculine** | **SINON ALLEZ À** | | | | | **501** |
| 417 | Maintenant, je vais lire quelques déclarations. Veuillez me dire si vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, en désaccord, fortement en désaccord ou neutre avec l'énoncé :   1. La vasectomie sans scalpel (VNS) devrait-elle être promue comme option contraceptive de première intention pour les personnes recherchant une contraception à long terme ? 2. Les hommes s'affaiblissent après la vasectomie 3. La vasectomie provoque l'impuissance chez les hommes 4. Les hommes ne devraient pas subir de vasectomie car la planification familiale relève uniquement de la responsabilité des femmes. 5. Les informations personnelles d'une personne subissant une stérilisation doivent rester confidentielles. | **Tout à fait d'accord**  1  1  1  1  1 | D’accord  2  2  2  2  2 | Neutre  3  3  3  3  3 | pas d'accord  4  4  4  4  4 | Fortement en désaccord  5  5  5  5  5 |  |

**SECTION 5 : CONSEILS**

| **#** | **QUESTIONS ET FILTRES** | **CODAGE** | **PASSEZ À** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions sur la manière dont vous dispensez des conseils en matière de planification familiale auprès des femmes, des hommes ou des couples.** | | | |
| 501 | Selon vous, qui devrait être conseillé en matière de planification familiale ?  *[Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l'option « ne pas fournit pas de conseils » est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | Toutes les femmes en âge de procréer....A  Tous les hommes sexuellement actifs B  Adolescents C  Femme enceinte venue pour une CPN D  Femme venue pour avorter E  Femme venue pour accoucher F  Femme en post-partum alors qu'elle est dans l'établissement G  Femme venue vacciner son enfant H  Femme ayant 2 enfants ou plus I  Femme ayant une grossesse à haut risque (GHR) J  Femme anémique en période prénatale et post-partum K  Autres (préciser) X  Ne fournit pas de conseils ………………………….O | 503 |
| 502 | Mme Y a 20 ans et a deux enfants vivants avec une différence d'âge de 2,5 ans et elle ne souhaite pas avoir d'autres enfants à l'avenir. Veuillez expliquer ce que vous faites pour qu'elle puisse choisir une méthode.  *[Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l'option « Je ne sais pas » est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | Écouter et comprendre son intention de fertilité A  Discuter de ses préférences en matiére de méthodes contraceptives  B  Fournir des informations sur les différentes méthodes de planification familiale disponibles C  Expliquer les avantages des différentes planifications familiales D  Enumérer les méthodes adaptées à son besoin E  Expliquer la manière d'utiliser la méthode sélectionnée F  Retour à la fertilité G  Expliquer l’effet secondaire H  Expliquez-lui le lieu de disponibilité de la méthode que je  Expliquer les raisons médicales spécifiques pour retourner dans la structure sanitaire J  Encouragez-la à limiter complètement la procréation K  Demande de consentement du partenaire L  Accorder du temps pour la visite de suivi M  Autres (préciser) X  Je ne sais pas Z |  |
| 503 | Selon vous, quels sont les obstacles auxquels vous êtes confrontés lorsque vous fournissez des services de conseil en planification familiale aux femmes éligibles ?  *[Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l'option « Je ne sais pas » est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | Surcharge de travail/pas de temps pour discuter A  Manque d'intérêt de la part du client B  Aucun intérêt à fournir des informations pour une planification familiale  C ​  Manque de connaissances sur la planification familiale D  Formation inadéquate E  Ce n’est pas un service rentable à fournir F  Manque d’outils de travail G  Manque de matériel IEC pour les clients H  Autres (préciser/ ) X  Je ne sais pas Z |  |
| 504 | Fournissez-vous une référence pour une méthode que vous ne pouvez pas proposer dans votre établissement ? | Oui 1  Non 2 |  |
| 505 | Sur quelle méthode passez-vous la majorité de votre temps à parler aux femmes ? | Stérilisation féminine 1  Stérilisation masculine 2  DIU 3  pillule 4  Injectable 5  CU 6  Préservatif MASCULIN 7  Préservatif feminin.................8  MAMA..........................9  Autres (préciser) 10 |  |
| 506 | Ressentez-vous une pression pour promouvoir une méthode spécifique ? | Oui ………………... 1  Non ………………...2 | **601** |
| 507 | Si oui, veuillez nommer la méthode ? | Stérilisation féminine 1  Stérilisation masculine 2  DIU 3  pillule 4  Injectable 5  CU 6  Préservatif MASCULIN 7  Préservatif feminin.................8  MAMA..........................9  Autres (préciser) 10 |  |
| Je vais maintenant vous lire une situation. Dites-moi ce que vous feriez dans les mêmes circonstances. | | | |
| 507aa | **Scénario** : DIARRA, une femme de 25 ans, se rend à la clinique de planning familial pour demander conseil sur les options contraceptives après s'être récemment mariée. Elle veut quelque chose de fiable mais s’inquiète des effets secondaires potentiels.  **Question** : Quelle doit être la priorité de l'infirmière lors de la séance de conseil en contraception de DIARRA? | Recommander la stérilisation comme solution permanente 1  Explorer les préférences, le style de vie et les antécédents médicaux de DIARRA **2**  Planifier un rendez-vous de suivi pour un examen pelvien 3  Prescrire une méthode contraceptive sans discussion 4 |  |

**SECTION 6 : CONNAISSANCES SUR LES SERVICES DE SMNI**

| **#** | **QUESTIONS ET FILTRES** | **CODAGE** | **SAUTER** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **VÉRIFIER : Q207**  **SI code '1' en Q207** | **, SINON ALLEZ À** | **Fin de l'outil** |
| **Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions sur les signes de danger maternel, la prise en charge initiale des cas obstétricaux et les préparatifs en salle de travail.** | | | |
| 601 | Quels sont les signes de danger pour lesquels une femme enceinte doit être évaluée à son arrivée pour l'accouchement ?  *[Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l'option « Je ne sais pas » est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | Céphalée sévère A  Vision floue B  Crises/convulsions C  Pression artérielle ≥ 140/90 mmHg D  Saignement vaginal E  Température> 100,5°F ou 38°C F  Écoulement fétide par vagin G  FHR <120 bpm ou >160 bpm H  Douleur abdominale sévère I  Antécédents de maladie cardiaque ou de maladies graves J  Difficulté à respirer K  Autres , préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 602 | En quoi consiste une évaluation initiale rapide ?  *[Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l'option « Je ne sais pas » est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | Mesure du pouls maternel A  Mesure de la TA maternelle B  Mesure de la température maternelle C  Mesure de la respiration maternelle  taux D  Mesure de la fréquence cardiaque fœtale E  Saturation F  Autre **[Préciser]** X  Je ne sais pas O |  |
| 603 | EDD est calculé comme LMP+9 mois+7 jours.  Cette déclaration est vraie ou fausse? | Vrai………………………………………………….1  Faux…………………………………………………2 |  |
| 604 | La grossesse à terme dure de 37 semaines complètes à 42 semaines complètes. Cette déclaration est vraie ou fausse? | Vrai………………………………………………….1  Faux…………………………………………………2 |  |
| 605 | Quelles informations clés collectez-vous sur les grossesses antérieures des femmes qui arrivent en travail ?  *[Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l'option «ne recueille aucune information» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | Saignements vaginaux abondants A  Anémie B  Hypertension artérielle C  Convulsions D  Grossesses multiples E  Travail prolongé F  Césarienne G  Accouchement assisté H  Décès néonatal antérieur I  Mortinaissance antérieure J  Avortement/fausse couche antérieur K  Antécédents médicaux L  Autres, préciser X  Ne recueille aucune information O |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais savoir comment se fait la préparation de la salle de travail avant de procéder à l'accouchement.** | |  |
| 606 | Quel est le contenu d'un plateau d’accouchement ?  **SONDE :** Veuillez parler de la préparation du plateau d’accouchements  *[Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l'option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | **Plateau d’accouchements préparé avec**  Coussinets périnéaux A  Gants stériles……………………………………B  Clamps d'artère stériles C  Bol stérile avec solution antiseptique et pièces de jauge D  Porte compresse stérile E  Ciseaux stériles pour couper le cordon F  Inj préchargé d’Ocytocine 10 UI…………………………….G  Comprimé Misoprostol 600mcg H  Plateau reiniforme (haricot) stérile I  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 6 07 | Maintenant, j'aimerais en savoir plus sur la préparation des gouttières du nouveau-né.Quel est le contenu d'un plateau nouveau-né ?  *[Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l'option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | **Plateau nouveau-né préparé avec**  Deux serviettes propres A  Pince pour cordon stérile B  Extracteur de mucus C  Bonnet pour bébé D  Bande d'identification E  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 608 | Maintenant, j'aimerais connaître les noms de ces articles dont vous assurez la disponibilité au niveau du coins de soins au nouveau né avant de procéder à l’accouchement?  *[Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l'option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée].* | Table chauffante A  Roulement d'épaule B  Plateau nouveau-né C  Masque D  Alimentation en oxygène E  Stéthoscope F  Horloge de travail… G  Protocole de réanimation du nouveau-né affiché au mur… H  Peseuse numérique pour bébé… I  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais poser des questions/en savoir plus sur l'anémie** | |  |
| 609 | Comment identifiez-vous que la femme est anémique ? | Le taux d'Hb est inférieur à 11 g/dl 1  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 610 | Quels sont les taux d’hémoglobine qui définissent une anémie sévère ? | Hb < 7 g/dl 1  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 611 | Quels sont les taux d’hémoglobine qui définissent une anémie très sévère ? | Hb < 5 g/dl 1  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 612 | Quels sont les symptômes et les signes d’une anémie sévère ou très sévère ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | [Vertiges](https://www.emedicinehealth.com/dizziness/article_em.htm)  A  [évanouissement](https://www.emedicinehealth.com/fainting/article_em.htm)  B  Fréquence cardiaque rapide C  Fatigue D  Pâleur E  Œdème des membres inférieurs F  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 613 | Quel est le médicament utilisé pour déparasiter les femmes enceintes ? | Albendazole 400 mg (comprimés à croquer) 1  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais poser des questions liées à la dystocie.** | |  |
| 614 | Quels sont les principaux symptômes/signes d’une dystocie ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Fortes contractions, aucun progrès  dilatation, pas de descente de la présentation A  Le partogramme se trouve à droite de la ligne d'alerte B  Détresse fœtale C  Pouls maternel rapide D  Signes d'épuisement maternel et de déshydratation  Crête horizontale traversant l'utérus sous l'ombilic (anneau de Bandl) E  Vagin chaud et sec… F  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
|  | **Maintenant, je poserais des questions liées à l'hypertension gestationnelle.** | |  |
| 615 | Quels sont les signes d’une hypertension gestationnelle ?    [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | TA élevée ≥ 140/90 mmHg A  Pas de protéinurie B  Gestation ≥ 20 semaines C  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 616 | Le traitement de l'hypertension gestationnelle ne doit être instauré que lorsque la tension artérielle diastolique est supérieure ou égale à 100 mmHg. **Cette déclaration est vraie ou fausse?** | Vrai 1  Faux 2 |  |
| 617 | Quel est le traitement de l'hypertension gestationnelle (TA diastolique <110 mmHg) ?    [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Comprimé Nifédipine 5-10 mg A  Comprimé Labétalol 100 mg B  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
|  | **Maintenant, je poserais quelques questions liées à la pré-éclampsie/éclampsie légère/sévère.** | |  |
| 618 | Quels sont les signes d’une pré-éclampsie légère ?    [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | TA élevée ≥ 140/90 mmHg et ≤ 160/110 mmHg A  Protéinurie (≤ 2+) B  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 619 | Quels sont les signes/symptômes d’une pré-éclampsie sévère ?    [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | TA élevée ≥ 160/110 mmHg A  Protéinurie (> 3+) B  Céphalée sévère C  Vision floue D  Douleur épigastrique sévère E  Oligurie F  TA élevée ≥ 140/90 mmHg et ≤ 160/110 mmHg et l'un des signes de danger mentionnés ci-dessus G  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 620 | Quel est le traitement principal de la pré-éclampsie sévère ? | Inj Sulfate de Magnésium 50 % p/v 5 g avec 1 ml de Xylocaïne 2 % IM profonde dans chaque fesse et 4 g 20 % p/v IV lente (total 14 g) 1  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 621 | Quels sont les signes/symptômes de l’éclampsie ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | TA ≥ 140/90 mmHg A  Protéinurie B  Convulsions C  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 622 | Quels sont les composants (médicaments) de la prise en charge de l'éclampsie ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Inj Labétalol 20 mg IV bolus A  Inj Sulfate de magnésium 50 % p/v 5 g avec 1 ml de Xylocaïne 2 % IM profonde dans chaque fesse et 4 g 20 % p/v IV lente (total 14 g) B  Oxygène C  Bâillon D  Cathétérisme E  IV Liquide Solution Saline Normale F  Position latérale gauche G  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 623 | Quels sont les signes de toxicité du sulfate de magnésium ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Réflexes tendineux profonds réduits/absents A  Débit urinaire inférieur à 30 ml/h B  Fréquence respiratoire < 16/min C  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 624 | Injection de l’Antidote du gluconate de calcium doit être administré aux cas de pré-éclampsie/éclampsie sévère qui sont sous traitement de sulfate de magnésium lorsque leur fréquence respiratoire devient <16/min. **Cette déclaration est vraie ou fausse?** | Vrai 1  Faux 2 |  |
|  | **Maintenant, je voudrais parler de l'hémorragie antepartum** . | |  |
| 625 | Quelles sont les principales causes d’hémorragie antepartum ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Décollement placentaire A  Placenta praevia B  Rupture de l'utérus C  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 626 | Quels sont les signes d’une rupture de l’utérus ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Disparition soudaine des douleurs de l'accouchement A  Perte du contour utérin B  Parties fœtales palpables C  Sensibilité abdominale D  Absence de bruits cardiaques fœtaux E  Saignement frais par vagin F  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 627 | En cas de décollement placentaire, le saignement peut être dissimulé à l’intérieur de l’utérus et non visible à l’extérieur. **Cette déclaration est vraie ou fausse?** | Vrai 1  Faux 2 |  |
| 628 | Le saignement du placenta praevia est indolore, frais et rouge. **Cette déclaration est vraie ou fausse?** | Vrai 1  Faux 2 |  |
| 629 | Un examen vaginal doit être effectué pour déterminer la cause de l'hémorragie antepartum. **Cette déclaration est vraie ou fausse?** | Vrai 1  Faux 2 |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais poser des questions sur la septicémie puerpérale, les signes/symptômes, les causes et la prise en charge.** | |  |
| 6 30 | Quels sont les signes et symptômes de la septicémie puerpérale ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Fièvre > 38°C A  Douleur ou sensibilité abdominale basse B  Lochies anormales (odeur nauséabonde ou  sang tendu) C  Utérus mal contracté D  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais avoir de vos nouvelles sur le travail prématuré, les vraies/fausses douleurs du travail, ses signes et symptômes.** | |  |
| 631 | Selon vous, à quelles semaines, lorsqu'une femme est appelée, elle est en travail prématuré ? | Véritable travail Entre 20 et 37 semaines  de gestation 1  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 632 | Comment diagnostique-t-on le travail prématuré ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Contractions utérines régulières ( ≥ 4 en 20 min ou ≥ 8 en 1 heure) A  Modifications cervicales de 1 cm ou plus de dilatation ……B  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 633 | Quels sont les symptômes des fausses douleurs du travail ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Contractions irrégulières A  Limité à l'abdomen B  Disparaît souvent avec le mouvement C  N'augmente pas en durée,  fréquence ou intensité D  La femme est agitée E  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 634 | Quels sont les symptômes des véritables douleurs de l’accouchement ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | La douleure est irrégulière …………………………….. A  Douleur dirigée du bas du dos vers la cuisse B  Augmentation de la fréquence, de la durée et  intensité C  Non soulagé par le mouvement D  La femme est agitée E  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 635 | Quel doit être l’âge gestationnel pour administrer des corticostéroïdes prénatals ? | Gestation n/b 24 et 34 semaines 1  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 636 | Un examen vaginal doit être effectué pour confirmer la rupture des membranes avant le travail. Cette déclaration est vraie ou fausse? | Vrai 1  Faux 2 |  |
| 637 | Quelles sont les étapes de prise en charge avant la référence en cas de rupture des membranes avant le travail lors d'une grossesse à terme ?­  ­­  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Organiser le transport vers la structure sanitaire de niveau supérieure A  Donner des antibiotiques (Ampicilline/Métronidazole/Gentamicine) en cas de rupture des membranes >12 heures sans travail ou >18 heures avec travail B  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 6 38 | Quelles sont les étapes de prise en charge de la rupture prématurée des membranes avant le travail sans fièvre ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Organiser le transport vers la structure sanitaire de niveau supérieure A  Donner des antibiotiques Érythromycine B  Donner des corticostéroïdes prénatals en cas de gestation  l'âge est de 24 à 34 semaines C  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais poser des questions liées à l'Hemorragie du Postpartum.** | |  |
| 639 | Quels sont les signes de l’hémorragie du Postpartum?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Perte de 500 ml ou plus de sang après l'accouchement A  Trempage d'un tampon en moins de 5 minutes B  Des signes d'hypovolémie apparaissent en raison d'une perte de sang.C  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 640 | Quelles sont les évaluations requises/doivent être effectuées immédiatement pour une femme atteinte de l’hémorragie du Postpartum?   ?    [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Mesurer les signes vitaux – pouls, pression artérielle, respiration A  Vérifier le tonus/contraction utérin B  Estimer la perte de sang C  Rechercher des traumatismes/déchirures D  Vérifier les tissus/membranes retenus E  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 641 | Quelles sont les étapes de prise en charge d’un cas d**’**hémorragie du Postpartum?  ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Appel à l'aide A  Vérifier les signes vitaux B  Perfuser la première ligne Intra Veinueuse de NS/RL C  Perfuser la deuxième ligne Intra Veinueuse de RL avec injection d'ocytocine 20 UI dans 1 L D  Cathéteriser E  Administrer de l'oxygène 6-8 L avec un masque ou des broches F  Prendre du sang pour le regroupement et la compatibilité croisée G  Administrer une injection d'acide tranexamique 1 g IV lente H  Surveiller les signes vitaux toutes les 15 minutes  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 642 | Quels sont les signes et symptômes d’un choc ?    [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | TA systolique <90 mmHg A  Pouls >110/min et filiforme. B  Respiration rapide et superficielle C  Diminution du débit urinaire. D  Somnolent ou inconscient E  Extrémités froides et moites F  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 643 | Comment identifier une hemorragie postpartum atonique ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | A mou et flasque A  L'utérus reste non contracté  après l’accouchement B  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 6 44 | Quand dit-on qu’il y’a une rétention placentaire? | Lorsqu'il n'est pas expulsé plus de 30 minutes après l'accouchement du bébé 1  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 645 | Un compactage vaginal doit être réalisé pour les cas d' hemorragie postpartum atonique référés au centre supérieur. Cette déclaration est vraie ou fausse? | Vrai 1  Faux 2 |  |
| 646 | Quelles sont les causes de l’ hemorragie postpartum ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Tonalité A  Traumatisme/déchirure B  Tissu C  Carence en thrombine D  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais poser des questions liées à la surveillance du travail à l'aide du partogramme, du déclenchement du travail et de la GATPA.** | |  |
| 647 | Quand dit-on que la femme enceinte est au premier stade du travail ? | Début de la véritable douleur du travail jusqu'à la dilatation complète du col (10 cm) 1  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 648 | Quelles informations sont tracées toutes les 30 minutes sur le partogramme ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Pouls maternel A  Fréquence cardiaque fœtale B  Contractions utérines C  Couleur du liquide amniotique D  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 649 | Quelles informations sont reportées toutes les 4 heures sur le partogramme ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Dilatation cervicale A  Pression artérielle B  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 650 | La température maternelle est relevée toutes les 2 heures sur le partogramme. Cette déclaration est vraie ou fausse? | Vrai 1  Faux 2 |  |
| 651 | Quand dit-on que la mère est en travail actif ? | Dilatation cervicale supérieure ou égale à  4 cm 1  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 652 | Comment identifierez-vous un cas de travail prolongé à partir des lectures du partogramme ? | Ligne de dilatation cervicale tracée traversant la  ligne d'alerte 1  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 653 | L'épisiotomie est obligatoire pour tous les accouchements primi gravida. Cette déclaration est vraie ou fausse? | Vrai 1  Faux 2 |  |
| 654 | Quelle est la troisième étape du travail ? | De l'accouchement du fœtus à l’expulsion du  placenta 1  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 655 | Dans quels cas faut-il faire la GATPA ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Naissance vivante A  Mort-né de naissance B  Accouchement simple C  Accouchement multi-fœtus D  Acouchement par le siège E  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 656 | Quelles sont les étapes de la prise en charge active du troisième stade du travail ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Vérifiez l'abdomen pour exclure plusieurs  fœtus A  Administrer des utertoniques (inj. Oxytocine 10 UI/Tab. Misoprostol 600 mcg) dans la minute suivant l'accouchement B  Traction contrôlée du cordon C  Massage utérin D  Examen du placenta E  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 655 | Quelle est la dose appropriée d’ocytocine pour la GATPA ? la troisième étape du travail ? | 10 UI IM 1  10 UI IV 2  10 UI en goutte à goutte 3  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 656 | Quelle est la voie appropriée pour administrer l’ocytocine pour la GATPA ? | Intra musculaire dans la partie antéro-latérale  mi-cuisse 1  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 657 | Pouvez-vous me dire quand administreriez-vous de l'ocytocine ? | Dans les 60 secondes après l'accouchement du nouveau-né 1  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 658 | Quelle est la température idéale pendant l’approvisionnement et le stockage de l’ocytocine ? | 2 à 8°C 1  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais poser des questions liées aux soins du nouveau-né** . | |  |
| 659 | Quelles sont les composantes des soins essentiels au nouveau-né ?    [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Placer le nouveau-né sur le ventre de la mère  A  Sécher et couvrir le nouveau-né avec une serviette préchauffée B  Serrage et coupe retardés du cordon entre 1 et 3 min C  Prodiguer un soin peau à peau sur la poitrine de la mère pendant 1 heure J  Initiation précoce à l’allaitement en moins d’une heure  Peser le bébé après 1 heure E  Fournir des injections Vit K1 selon le poids corporel après 1 heure F  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 660 | La table chauffante ne doit pas être allumé pour tous les accouchements. Cette déclaration est vraie ou fausse? | Vrai 1  Faux 2 |  |
| 6 61 | La température de la salle de travail doit être de 25 à 28°C. Cette déclaration est vraie ou fausse? | Vrai 1  Faux 2 |  |
| 662 | Pouvez-vous me dire quelles mesures vous prendriez immédiatement si le nouveau-né ne respire pas ou ne pleure pas à la naissance ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Coupez immédiatement le cordon A  Placer sur une table chauffante B  Fournir de la chaleur C  Positionner bébé avec le cou légèrement étendu à l'aide d'un rouleau d'épaule D  Aspirer la bouche et le nez si nécessaire E  Sécher, stimuler et repositionner F  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 663 | Pouvez-vous me dire les étapes que vous suivriez si le nouveau-né ne respire pas / ne pleure pas après 30 secondes de suivi des étapes ci-dessus ? | Assurer la ventilation du sac et du masque 1  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais poser quelques questions sur l'asphyxie du nouveau-né.** | |  |
| 664 | Pourquoi l’asphyxie à la naissance se produit-elle ? | Le nouveau-né est privé d'oxygène  pendant le processus de naissance 1  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 665 | Qu'entendez-vous par la minute d’or ?  **[CHOIX MULTIPLE]**  **[INSTRUCTION : SONDER, DEMANDER RIEN D'AUTRE]** | Initier la réanimation du nouveau-né avec PSDSR et démarrer la ventilation au ballon et au masque si nécessaire dans un délai d'une minute1  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 666 | Combien de temps le ballon et le masque sont-ils utilisés pour réanimer le bébé ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Arrêter le sac et le masque lorsque bébé se développe  respiration spontanée A  Continuez jusqu'à 20 minutes si vous ne respirez pas B  Continuez jusqu'à 10 minutes si la pulsation n'existe pas  trouvé C  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
|  |  | |  |
| 667 | Quelles sont les caractéristiques cliniques du sepsis néonatal ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Changements de température corporelle A  Hypo ou hyperthermie B  Respiration précipitée (>60/min). C  Léthargie et activités réduites D  Incapable de nourrir le lait maternel/téter E  Brady ou tachycardie F  Faible taux de sucre dans le sang G  Mouvements réduits. H  Succion réduit je  Convulsions J  Fréquence cardiaque lente ou rapide K  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 668 | Quels sont les médicaments pour la prise en charge du sepsis néonatal ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Inj. Gentamicine A  Sirop d'Amoxiciline B  Inj. Ampicilline C  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais parler de la quatrième étape du travail.** | |  |
| 669 | Qu'est-ce que la 4 ème étape du travail ? | 2 heures d'observation maternelle et néonatale dès l'expulsion du placenta 1  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 670 | Les observations de la mère et du nouveau-né sont effectuées toutes les 30 minutes au 4 ème stade du travail. Cette déclaration est vraie ou fausse? | Vrai 1  Faux 2 |  |
| 671 | Quels paramètres sont mesurés chez la mère au 4ème stade du travail ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Impulsion A  Pression artérielle B  Température C  Tonus utérin D  Saignement vaginal E  État du point d'épisiotomie F  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 672 | Quels paramètres sont mesurés chez le nouveau-né au 4ème stade du travail ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Température A  Fréquence respiratoire B  Saignement du cordon C  Allaitement ou pas D  Activité (bonne/léthargique) E  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais connaître l'orientation de l'allaitement maternel .** | |  |
| 673 | Quelle doit être la position de la mère avant de commencer à allaiter ? | N'importe quelle position confortable 1  Autre 7  **[Spécifier]**  Je ne sais pas 8 |  |
| 674 | Quels points inspecter au niveau du sein lors du début de l'allaitement ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Mamelons douloureux A  Coupes B  Engorgement C  Mamelons inversés D  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 675 | Quels sont les quatre signes d’une position correcte ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Le corps du bébé bien soutenu A  La tête, le cou et le corps du bébé conservés  dans le même plan B  Le corps entier du bébé fait face à la mère C  L'abdomen du bébé touche l'abdomen de la mère D  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 676 | Quels sont les quatre signes d’un attachement correct ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | La bouche du bébé grande ouverte A  La lèvre inférieure du bébé s'est retroussée vers l’extérieur B  Le menton du bébé touche le sein de la mère C  Une grande partie de l’aréole se trouve dans la bouche du bébé D  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 677 | Quelle doit être la fréquence d’allaitement sur 24 heures, nuit comprise ? | Au moins 8 fois 1  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais vous parler des soins de la mère kangourou.** | |  |
| 678 | Quels sont les éléments clés de la méthode Mére Kangourou ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Contact peau à peau A  Allaitement maternel B  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 679 | Combien de temps le contact peau à peau doit-il être maintenu dans les 24 heures ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | 4 heures A  5-8 heuresB  9-12 heures C  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
| 680 | Quels sont les avantages de la méthode Mére Kangourou ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Réduit le risque d’hypothermie A  Favorise la lactation B  Favorise la prise de poids C  Réduit l’infection D  Lien amélioré entre bébé et maman E  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais en savoir plus sur les vaccinations à la naissance.** | |  |
| 681 | Quels vaccins sont administrés en salle de travail ?  [Choix multiple. Notez toutes les réponses. Si l’option «je ne sais pas» est mentionnée, aucune des autres options ne doit être entourée]. | Hépatite BA  VPO B  BCG -C  Autres, préciser X  Je ne sais pas O |  |
|  | **MAINTENANT, JE VOUDRAIS CONNAÎTRE LES SOINS DE MATERNITÉ RESPECTUEUX (RMC)** | |  |
| 682 | Je vais maintenant lire quelques déclarations sur les éléments des soins de maternité respectueux. Pouvez-vous me dire si cette affirmation est vraie ou fausse ?   1. Il est important de garantir la confidentialité des femmes pendant les examens et les procédures, ainsi que de protéger la confidentialité de leurs informations médicales. 2. Les femmes devraient être autorisées à avoir un compagnon choisi (tel qu'un partenaire, un membre de la famille ou un accompagnant) présent pendant le travail et l'accouchement pour fournir un soutien émotionnel et des conseils. 3. Les interventions médicales inutiles, telles que les épisiotomies de routine, la surveillance fœtale continue et les césariennes électives, doivent être évitées à moins d'être médicalement justifiées et avec un consentement éclairé. 4. Les femmes doivent être informées de tous les examens et procédures 5. Les femmes ne devraient pas être soumises à des violences physiques ou verbales 6. Une pression utérine doit être appliquée si la mère est épuisée et incapable de pousser le bébé vers l'extérieur. 7. Une augmentation de l'injection d'ocytocine doit être effectuée dans tous les cas au cours de la phase 1 du travail. | |  |  | | --- | --- | | **Vrai** | **FAUX** | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | |  |

**SECTION 7 : ATTITUDES SUR LES SERVICES DE SMNI**

| **QUESTIONS ET FILTRES** | | **CODE DE RÉPONSE** | | | | | **SAUTER** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **701** | **Maintenant, je vais lire quelques déclarations. Veuillez me dire si vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, en désaccord, fortement en désaccord ou neutre avec l'énoncé :** | **Tout à fait d'accord** | **D’ACCORD** | **Neutre** | **Être en désaccord** | **Fortement en désaccord** |  |
|  | 1. Lorsque les femmes n'appuient pas au 2ème temps, il faut exercer une pression fundique | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
|  | 1. Il n'est pas nécessaire d'avoir ou de tirer des rideaux dans la salle de travail s'il n'y a que des femmes dans la pièce. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
|  | 1. Bien que le partogramme mentionne de faire l’examen pelvien seulement à 4 heures d'intervalle, il est parfois nécessaire de le faire fréquemment en fonction de la demande du client ou de son compagnon. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
|  | 1. Il n'est pas nécessaire de remplir le partogramme car nous notons déjà mentalement les résultats de l’examen pelvien et pouvons revérifier à nouveau. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
|  | 1. Le bruit du cœur fœtal mesuré à l'admission est suffisant pour indiquer l'état du fœtus et il n'est pas nécessaire de le mesurer toutes les 30 minutes car cela n'affecte pas le pronostic du nouveau-né. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
|  | 1. Autoriser le compagnon de naissance dans la salle de travail entrave le travail et peut créer des problèmes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
|  | 1. Il est possible de couper le cordon avec des ciseaux/une lame après l'avoir simplement lavé à l'eau s'il n'y a pas de sang visible dessus lors de l'accouchement précédent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
|  | 1. Il est difficile de commencer à allaiter dans l'heure qui suit car il n'y a pratiquement pas de lait et les seins ont besoin d'être nettoyés. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
|  | 1. Les soins peau à peau pendant 1 heure après l'accouchement ne sont ni réalisables ni nécessaires | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
|  | 1. Un accouchement normal ne peut pas avoir lieu si l'injection d'ocytocine n'est pas administrée pendant le travail | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
|  | 1. La plupart des cas d'asphyxie à la naissance surviennent parce que les femmes ne poussent pas correctement au cours de la deuxième étape du travail. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
|  | 1. Le sexe du bébé ne doit pas être révélé à la mère car cela peut conduire à une Hemorragie postpartum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
|  | 1. La femme ne doit ni manger ni boire pendant le travail car cela provoquerait des vomissements. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
|  | 1. Un lavement doit être administré à toutes les femmes en travail car il accélère le processus d'accouchement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
|  | 1. L'étape la plus importante de la réanimation d'un nouveau-né consiste à stimuler le dos du nouveau-né. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |

|  |
| --- |
| OBSERVATIONS DES INTERVIEWEURS |