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

|  |
| --- |
| **Questionnaire pour l’entretien avec les médecins** |

**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) |  |
| SI EPS (EPS1 = 1 ; EPS2 = 2 ; EPS3 = 2) |  |
| SI CS (CS1 = 1 ; CS2 = 2) |  |
| TYPE D’EMPLACEMENT (RURAL= 1 URBAIN = 2) |  |
| NOM DE L’ETABLISSEMENT | ­­ |
| 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 ? | Médecin gynécologue 1  Médecin d’une autre spécialité 2  Médecin non spécialisé 3  Interne des hôpitaux 4  Médecin stagiaire 5 |  |
| 204 | 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* |  |
| 205 | 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 |  |
| 206 | Quel est le plus haut diplôme obtenu ? | Doctorat 1  DES 2  Autre (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* | *Service non disponible=0*  *Pas confiant = 1*  *Aucun client = 2*  *Pas intéressé = 3*  *Ne travaille pas dans ce service=4*  *Non formé pour ce service=5*  *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 ? | MM AAAA  *Préfère ne rien dire 998*  *Moins d’un mois 000*  *Moins d’un an 000* |  |
| 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 | MM AAAA  *Préfère ne rien dire 998*  *Moins d’un mois 000*  *Moins d’un an 000* |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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* | *Service non disponible=0*  *Pas confiant = 1*  *Aucun client = 2*  *Pas intéressé = 3*  *Ne travaille pas dans ce service=4*  *Non formé pour ce service=5*  *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  Adresse…………………………………………………………. I  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  Il peut être retiré 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  Prélèvement vaginal……………………………………….D  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  Ne sait pas………………………………………4  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  Effet secondaire.......................................H  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 ‘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 le médecin 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 nouveles 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  Adresse.....................................................I  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 nouveles 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  Examen gynécologique…………………………………….C  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  Carte de visite/rendez-vous…………………………F  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  Adresse………………………………………………………………I  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  Diabète,HTA,Maladies cardiovasculaires…………I  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  Examen gynécologique et les autres appareils..C  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  Téléphone/adresse exacte………………………………I  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  Bilan pré op ,TP,TCK,GSRH……………………………….D  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  Carte de rendez-vous……………………………………..E  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 le médecin 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 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 : CONNAISSANCES DES SERVICES SMNI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **QN** | **QUESTIONS ET FILTRES** | **CODE DE RÉPONSE** | **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.** | |  |
| 501 | Quels sont les signes de danger pour lesquels une femme enceinte doit être évaluée à son arrivée pour l'accouchement ?  Rien d'autre?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Céphalées sévères A  Vision floue B  Crises/convulsions C  Pression artérielle ≥ 140/90 mmHg D  Saignement vaginal E  Température> 38°C F  Écoulement fétide par vagin G  Fréquence Cardiaque <120 bpm ou >160 bpm H  Douleur abdominale sévère I  Antécédents de maladie cardiaque ou grave  J  Difficulté à respirer K  Autres **[ Préciser]** X  Je ne sais pas O |  |
| 502 | En quoi consiste une évaluation initiale rapide ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « 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 fréquence respiratoire maternelle  D  Mesure de la fréquence cardiaque fœtale E  Etat général F  Mesures de poids et hauteur utérine…………..G  Examen clinique…………………………………………..H  Autre **[ Préciser]** X  Je ne sais pas O |  |
| 503 | L'échographie du troisième trimestre est la meilleure pour calculer l'âge gestationnel. **Cette déclaration est vraie ou fausse?** | Vrai 1  Faux 2  Je ne sais pas 8 |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais poser des questions/connaître l'anémie et sa prise en charge** | |  |
| 504 | Quel est le traitement de l’anémie maternelle très sévère (Hb < 7,0 g/dl) ? | Transfusion sanguine 1  Autre [préciser] 7  Je ne sais pas 8 |  |
| 505 | Quelle est la dose appropriée pour l’administration de fer-saccharose S? | Une dose de 200 mg dans 100 ml de solution saline normale tous les deux jours 1  Autre **[préciser]** 7  Je ne sais pas 8 |  |
| 506 | Quelle est la voie d’administration du fer saccharose ? | Perfusion Intraveineuse 1  Voie orale 2  Autre **précisez]** 7  Je ne sais pas 8 |  |
| 507 | Le fer oral doit être interrompu au cours de l'administration de fer saccharose. **Cette déclaration est-elle vraie ou fausse?** | Vrai 1  Faux 2  Je ne sais pas 8 |  |
| 508 | Quelle est la dose maximale de fer saccharose pouvant être administrée à une femme anémique en doses fractionnées | 1000 mg 1  2000 mg 2  Autre **précisez]** 7  Je ne sais pas 8 |  |
| 509 | Le fer saccharose nécessite une dose test pour vérifier l’allergie. **Cette déclaration est-elle vraie ou fausse?** | Vrai 1  Faux 2  Je ne sais pas 8 |  |
| 510 | Le fer saccharose peut être administré à la femme enceinte (Hb jusqu'à 9 g %) après 32 semaines de grossesse. **Cette déclaration est-elle vraie ou fausse?** | Vrai 1  Faux 2  Je ne sais pas 8 |  |
| 511 | La transfusion sanguine est meilleure que la transfusion d’hématocytes en cas d’anémie très sévère. Vrai/Faux. **Cette déclaration est-elle vraie ou fausse?** | Vrai 1  Faux 2  Je ne sais pas 8 |  |
| 512 | Le fer saccharose peut être prescrit aux femmes postnatales souffrant d'anémie sévère avant leur sortie. **Cette déclaration est-elle vraie ou fausse?** | Vrai 1  Faux 2  Je ne sais pas 8 |  |
|  | **Maintenant, je voudrais poser des questions liées à la dystocie et à sa gestion** | |  |
| 513 | Nous pouvons attendre 2 heures pour une accouchement normale une fois que le partogramme franchit la ligne d'action. **Cette déclaration est-elle vraie ou fausse?** | Vrai 1  Faux 2  Je ne sais pas 8 |  |
| 514 | La seule façon de résoudre un cas de travail dystocique est la césarienne. **Cette déclaration est-elle vraie ou fausse?** | Vrai 1  Faux 2  Je ne sais pas 8 |  |
| 515 | La disproportion foeto-pelvienne est synonyme de dystocie. **Cette déclaration est-elle vraie ou fausse?** | Vrai 1  Faux 2  Je ne sais pas 8 |  |
| 516 | Quelle est la complication maternelle la plus courante de la dystocie ? | Rupture utérine 1  Autre **[préciser]** 7  Je ne sais pas 8 |  |
|  | **Maintenant, je voudrais poser des questions liées au travail prolongé et à sa gestion** | |  |
| 517 | Un travail prolongé, quelle qu'en soit la raison, peut être délivré par une augmentation avec de l'ocytocine. **Cette déclaration est-elle vraie ou fausse?** | Vrai 1  Faux 2  Je ne sais pas 8 |  |
| 518 | Une disproportion céphalo-pelvienne ne peut pas survenir chez les femmes multipares. **Cette déclaration est-elle vraie ou fausse?** | Vrai 1  Faux 2  Je ne sais pas 8 |  |
|  | **Maintenant, je poserais des questions liées à l'hypertension gestationnelle** | |  |
| 519 | Le traitement de l'hypertension gestationnelle ne doit être instauré que lorsque la tension artérielle diastolique est de 100 mmHg ou plus ? | Vrai 1  Faux 2  Je ne sais pas 8 |  |
| 520 | Quel est le traitement de l'hypertension gestationnelle (TA diastolique <110 mmHg) ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Comprimé Nifédipine 5-10 mg A  Comprimé Labétalol 100 mg B  Aldomet, nicardipine, catapressan……………….C  Loxen LP……………………………………………………….D  Nicardipine…………………………………………………..E  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O | **523**  **524** |
| 521 | Quelle est la voie appropriée pour administrer Tab. Nifédipine ? | Oralement 1  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
| 522 | **VÉRIFIER Q520**  **SI Q520=B** | **AUTRE** | **524** |
| 523 | Quelle est la voie et la dose appropriées pour/administrer Labétalol ?  (TA diastolique > 110 mmHg) ? | Bolus IV (dose 20 mg) 1  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
|  | **Maintenant, je poserais quelques questions liées à la pré-éclampsie/éclampsie légère/sévère.** | |  |
| 524 | Quels sont les signes/symptômes d’une pré-éclampsie sévère ?    Rien d'autre?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « 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  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 525 | 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  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
| 526 | Une femme enceinte souffrant de pré-éclampsie sévère et dont le fœtus est vivant entre 24 et 34 semaines doit recevoir des injections. Dexaméthasone 6 mg avant l'accouchement. Cette déclaration est vraie ou fausse? | Vrai 1  Faux 2  Je ne sais pas 8 |  |
| 527 | Une femme enceinte souffrant de pré-éclampsie sévère doit accoucher dans les 24 heures. Cette déclaration est vraie ou fausse? | Vrai 1  Faux 2  Je ne sais pas 8 |  |
| 528 | Quels sont les composants (médicaments) de la prise en charge de l'éclampsie ?  Rien d'autre?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « 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  Solution Saline Normale intraveineuse F  Position latérale gauche G  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 529 | Quels sont les signes de toxicité du sulfate de magnésium ?  Rien d'autre?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « 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  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 530 | inject Antidote. Le gluconate de calcium doit être administré aux cas de pré-éclampsie/éclampsie sévère qui sont sous injection. Traitement au sulfate de magnésium lorsque leur fréquence respiratoire devient <16/min. Cette déclaration est vraie ou fausse? | Vrai 1  Faux 2  Je ne sais pas 8 |  |
| 531 | En cas de toxicité du MgSO4, quelle est la dose appropriée de gluconate de calcium injectable ? | Solution à 10 %, 1 g IV lente  10 minutes 1  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
| 532 | Qu'est-ce qu'une dose supplémentaire de MgSO4 ? | 2 g de MgSO4 à 20 % IV lente si les convulsions réapparaissent dans les 30 minutes suivant la dose de charge  1  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais parler de l'hémorragie antepartum et de sa prise en charge.** | |  |
| 533 | Quels sont les signes d’une rupture de l’utérus ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Disparition soudaine des douleurs pendant le travail A  Perte du contour utérin B  Parties fœtales palpables C  Sensibilité abdominale D  Absence de bruits cardiaques fœtaux E  Saignement frais par vagin F  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 534 | Le saignement du placenta praevia est indolore, frais et rouge. Cette déclaration est vraie ou fausse ? | Vrai 1  Faux 2  Je ne sais pas 8 |  |
| 535 | Quelles sont les étapes de la prise en charge d’un cas d’hémorragie antepartum chez une femme enceinte ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Recueillir du sang pour le regroupement et l'appariement croisé  Débuter les liquides IV RL/solution saline normale A  Insérer le cathéter de Foley B  Donner de l'oxygène 6 à 8 L/min avec un masque ou des broches C  Mesurer les signes vitaux D  Fournir de la chaleur E  Organiser le transport pour se référer à la structure sanitaire supérieur F  Organiser un donneur de sang G  Gardez les femmes ASBL H  Donner des antibiotiques (ampicilline/métronidazole/  gentamicine) en cas de suspicion de rupture I  Donner des corticostéroïdes prénatals au fœtus vivant 24 à 34 semaines J  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais poser des questions sur la septicémie puerpérale, les signes/symptômes, les causes et la prise en charge.** | |  |
| 536 | Quels sont les antibiotiques à administrer pour la prise en charge du sepsis puerpérale ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Ampicilline (ou Ampicilline + Cloxacilline) A  Métronidazole B  Gentamicine C  Autre **[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 et sa prise en charge.** | |  |
| 537 | Comment diagnostique-t-on le travail prématuré ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « 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  Dilatation cervicale de 1 cm ou plus …………B  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 538 | Quel doit être l’âge gestationnel pour administrer des corticostéroïdes prénatals ? | Gestation n/b 24 et 34 semaines 1  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
| 539 | Selon vous quel est le rôle du tocolytique ?    Rien d'autre?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Pour arrêter la contraction utérine A  Pour reporter l'accouchement prématuré B  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 540 | Quelle est la prise en charge de la chorioamnionite ? | Antibiotiques 1  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
| 541 | 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  Je ne sais pas 8 |  |
| 542 | 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 ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « 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  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 543 | Quelles sont les étapes de prise en charge de la rupture prématurée des membranes avant le travail sans fièvre ?  Rien d'autre?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Organiser le transport 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  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O | 545 |
| 544 | Quelle est la dose appropriée d’érythromycine ? | Dose 250 mg / 6 heures 1  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais poser des questions liées à Hémorragie Postpartum et à sa gestion.** | |  |
| 545 | Quelles sont les étapes de prise en charge d’un cas d’Hémorragie Postpartum ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « 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 IV de NS/RL C  Perfuser la deuxième ligne IV de RL avec  injection d'ocytocine 20 UI dans 1L……D  Cathétérisme 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  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 546 | Quelles sutures peuvent être appliquées chirurgicalement sur l’utérus en cas Hémorragie Postpartum atonique réfractaire ?  Rien d'autre?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | B-Lynch A  Haymans B.  Cho-Cho C  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 547 | Quels médicaments utérotoniques doivent être conservés au réfrigérateur ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Inj. Oxytocine A  Inj. Carboprost B  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 548 | Quelle est la contre-indication à l’utilisation d’Inj Ergometrine pour l’Hémorragie Postpartum ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | TA élevée  A  Anémie sévère B  Maladie cardiaque C  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 549 | Quelle est la contre-indication à l’utilisation d’Inj Carboprost dans l’Hémorragie Postpartum ? | Asthme 1  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
| 550 | Quel degré de déchirure périnéale nécessite toujours une réparation ? | 3 ème et 4 ème degré 1  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
| 551 | Le placenta retenu ne doit être retiré que sous anesthésie. Cette déclaration est vraie ou fausse ? | Vrai 1  Faux 2  Je ne sais pas 8 |  |
| 552 | Un goutte-à-goutte d'ocytocine doit être débuté en cas d'inversion utérine avant le repositionnement en OT. Cette déclaration est vraie ou fausse? | Vrai 1  Faux 2  Je ne sais pas 8 |  |
| 553 | Comment gérer le cas de rétention de tissus placentaires à l’intérieur de l’utérus ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Inj. ocytocine 10 UI IM  s'il n'est pas administré pendant la GATPA A  IV NS/RL avec 20 UI d'ocytocine injectable dans 1 L  @ 40-60 gouttes/min B  Retrait des morceaux de placenta avec  AMIU/Aspiration électrique intra-utérin/porte-tampon C  Administrer 1 dose à large spectre  antibiotiques D  Révision utérine……………………………………………E  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 554 | Quand dit-on que le placenta est retenu ? | Lorsqu'il n'est pas accouché plus de 30 minutes après l'accouchement du bébé 1  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
| 555 | Un compactage vaginal doit être réalisé pour les cas d' Hémorragie Postpartum atonique référés au centre supérieur. **Cette déclaration est-elle vraie ou fausse?** | Vrai 1  Faux 2  Je ne sais pas 8 |  |
|  | **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.** | |  |
| 556 | Quelles informations sont tracées toutes les 30 minutes sur le partogramme ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « 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  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 557 | Quelles informations sont tracées toutes les 4 heures sur le partogramme ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Dilatation cervicale A  Pression artérielle B  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 558 | 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  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
| 559 | L'épisiotomie est obligatoire pour tous les accouchements primipares. **Cette déclaration est-elle vraie ou fausse?** | Vrai 1  Faux 2 |  |
| 560 | Quelles sont les contre-indications au déclenchement du travail ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Disproportion céphalo-pelvienne A  Fausse présentation B  Placenta praevia C  Grossesse après césarienne classique D  Grossesse avec herpès génital actif E  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 561 | Quelles sont les composantes du score de Bishop ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Effacement du col A  Dilatation du col B  Cohérence C  Poste D  Descente de tête E  Consistance du col, position du col………………F  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 562 | Comment peut-on réaliser une maturation cervicale pré-induction ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Décapage des membranes A  Prostaglandine E2 gel B  Cathéter de Foley C  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 563 | Le meilleur médicament pour l’augmentation médicale est l’ocytocine en goutte à goutte. **Cette déclaration est-elle vraie ou fausse?** | Vrai 1  Faux 2  Je ne sais pas O |  |
| 564 | Qu'est-ce qu'une bonne contraction ? | 3 contractions en 10 minutes chacune durant plus de 40 secondes1  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
| 565 | Quelle est la dose initiale d'ocytocine pour le déclenchement/l'augmentation du travail ? | UI dans 500 ml de Ringer Lactate ou de solution saline normale 1  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais poser des questions liées à l'accouchement normal avec épisiotomie.** | |  |
| 566 | Dans quel cas faut-il pratiquer une épisiotomie ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Accouchement vaginal compliqué  comme la culasse A  Accouchement vaginal assisté comme forceps et aspirateur. B  Cicatrices dues à une épisiotomie/déchirure périnéale mal suturée C  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 567 | Quand faut-il pratiquer l’épisiotomie ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Le périnée est aminci A  3-4 cm de la tête de bébé sont visibles lors d'une contraction B  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 568 | Quelle est la concentration de la xylocaïne utilisée pour l'épisiotomie ? | 1% 1  2% ……………………………………………………………….2  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
| 569 | Les sutures polyglycoliques sont préférées au catgut chromé pour leur résistance à la traction pour la réparation par épisiotomie. Cette déclaration est vraie ou fausse? | Vrai 1  Faux 2  Je ne sais pas O |  |
| 570 | La suture pour la réparation par épisiotomie doit être 2-0. Cette déclaration est vraie ou fausse ? | Vrai 1  Faux 2 |  |
| 571 | Par où doit commencer la réparation d’une épisiotomie ? | 1 cm au dessus du sommet 1  Niveau V………………………………………………………2  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais poser des questions concernant l'accouchement par forceps.** | |  |
| 572 | Quelles sont les indications d’un accouchement par forceps ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Détresse fœtale au 2ème stade  de travail A  Prolapsus du cordon B  Détresse maternelle au 2ème stade du travail C  2ème stade prolongé > 3 heures en primi et > 2 heures en multigravida. D  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 573 | Quelles sont les conditions préalables à l'utilisation des forceps de sortie ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | La vessie et le rectum doivent être vides A  Les membranes doivent être rompues B  La suture sagittale doit être sur la ligne médiane C  Le col doit être complètement dilaté D  La tête doit être bombée au niveau du périnée E  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 574 | Quels sont les signes d’un échec des forceps ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | La tête fœtale n’avance pas à chaque traction A  Le fœtus n'est pas accouché après 2 tractions B  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 575 | L’échec des forceps est une indication de césarienne. **Cette déclaration est-elle vraie ou fausse?** | Vrai 1  Faux 2 |  |
| 576 | Un consentement écrit doit être obtenu avant l'application des forceps. Cette déclaration est vraie ou fausse? | Vrai 1  Faux 2 |  |
| 577 | Le céphalhématome après forceps ne nécessite qu'une observation et disparaît généralement en 3 à 4 semaines. **Cette déclaration est-elle vraie ou fausse?** | Vrai 1  Faux 2 |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais poser des questions liées à l'extraction par ventouse .** | |  |
| 578 | Quelles sont les contre-indications à l’extraction par ventouse ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Présentation sans sommet A  Macrosomie B  Bébé prématuré C  Mort intra-utérine D  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 579 | Par où Placer le centre de la coupelle de la ventouse ? | Au point de flexion et 3 cm en avant de la fontanelle postérieure. 1  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
| 580 | Quelle doit être la pression de vide maximale ? | 0,8 kg/cm² 1  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais poser des questions concernant l'accouchement par le siège.** | |  |
| 581 | Le méconium n'est pas un signe de souffrance fœtale lors d'un accouchement par le siège. Cette déclaration est vraie ou fausse? | Vrai 1  Faux 2 |  |
| 582 | Quelles sont les indications de la césarienne en cas de siège ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Présentation double pied A  Petit bassin B  Très gros fœtus C  césarienne antérieure D  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 583 | Tous les fœtus en position transverse doivent être délivrés par césarienne, que le fœtus soit vivant ou mort. Cette déclaration est vraie ou fausse? | Vrai 1  Faux 2 |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais poser des questions liées à la dystocie de l'épaule** | |  |
| 584 | Quels sont les facteurs de risque de la dystocie de l’épaule ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Diabéte contrôlé A  Obésité B  Post-maturité C  Prise de poids excessive pendant la grossesse D  Autre **précisez]** X  Je ne sais pas O |  |
| 585 | Quelle est la manœuvre courante en cas de dystocie de l’épaule ? | Manœuvre de Mc Robert 1  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais poser des questions liées aux soins du nouveau-né** | |  |
| 586 | Quelles sont les composantes des soins essentiels au nouveau-né ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « 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 de Vit K1 selon le poids corporel après 1 heure F  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 587 | Pouvez-vous me dire quelles mesures vous prendriez immédiatement si le nouveau-né ne respire pas ou ne pleure pas à la naissance ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Coupez immédiatement le cordon A  Placer sur une table chauffant 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  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 588 | 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 ? | Fournir une ventilation avec sac et masque 1  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais poser quelques questions sur l'asphyxie néonatale et sa prise en charge.** | |  |
| 589 | Pourquoi l’asphyxie à la naissance se produit-elle ? | Le nouveau-né est privé d'oxygène  pendant le processus de naissance 1  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
| 590 | Quels sont les facteurs intrapartum pouvant conduire à une asphyxie du nouveau-né ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Mauvaise présentation A  Accouchement vaginal assisté B  Fréquence cardiaque fœtale <120 ou >160 par minute C  Thérapie maternelle au magnésium D  Dystocie de l'épaule E  Travail non surveillée…………………………………. F  Travail prolongé ou dystocique…………………. G  Anesthésie générale maternelle H  Chorioamnionite I  Liqueur colorée au méconium J  Cordon ombilical prolapsus K  Travail prématuré………………………………………. L  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas Oui |  |
| 591 | Comment gérer un bébé prématuré ?    Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Séchage immédiat A  Fournit de la chaleur grâce aux soins peau à peau B  Maintenir la température de la salle de travail C  Réanimation au chaud D  Retarder le bain E  Début précoce de l’allaitement maternel F  Soins maternels kangourous (SMK) G  Chaîne chaude pendant la référence H  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
|  | **Maintenant, j'aimerais parler des soins post-partum.** | |  |
| 592 | L'épuisement, les pleurs et l'impuissance sont normaux pendant la période post-partum et ne nécessitent pas d'attention particulière. Cette déclaration est vraie ou fausse? | Vrai 1  Faux 2 |  |
| 593 | Quel est l’antibiotique le plus efficace contre la mammite ? | Cp Ampicilline 500 mg 4 fois par jour ou Tab 1 Érythromycine 250 mg trois fois par jour2  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |
| 594 | Quel est le signe que le bébé tète correctement ?  Quoi d’autre ?  [CHOIX MULTIPLE. NOTEZ TOUTES LES RÉPONSES. SI L’OPTION « NE SAIS PAS » EST MENTIONNÉE, AUCUNE DES AUTRES OPTIONS NE DOIT ÊTRE ENTOURÉE]. | Il urine 6 à 8 fois par jour et dort 2 à 3 heures après chaque tétée. UN  Prendre du poids de manière adéquate B  Autre **[Préciser]**  X  Je ne sais pas O |  |
| 595 | Quel doit être le poids minimum du bébé pour commencer les soins de la Mère Kangourou ? | Moins de 2 500 g 1  Autre **[préciser]**  7  Je ne sais pas 8 |  |

**SECTION 6 : ATTITUDES À L'ÉGARD DES SOINS DE MATERNITÉ RESPECTUEUX (SMR)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **MAINTENANT, J'AIMERAIS CONNAÎTRE L'ATTITUDE À L'ÉGARD DES SOINS DE MATERNITÉ RESPECTUEUX (SMR)** | | | |  |
| 601 | 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 une accompagnant) présent pendant le travail et l'accouchement pour fournir un soutien émotionnel et un plaidoyer. 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  1  1  1  1  1  1  1 | Faux  2  2  2  2  2  2  2 | Je ne sais pas  3  3  3  3  3  3  3 |  |

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