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

|  |
| --- |
| **Questionnaire pour l’entretien avec les agents de santé communautaires (ASC)** |

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

**SECTION 1: ELEMENTS D’IDENTIFICATION**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 (CASE DE SANTE) | ­­ |
| 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 : CONTEXTE**

J'aimerai maintenant vous poser quelques questions sur vos antécédents (âge, formation, état civil).

| **#** | **QUESTIONS ET FILTRES** | **CODAGE** | **PASSEZ A** |
| --- | --- | --- | --- |
| 201 | Quel âge aviez-vous lors de votre dernier anniversaire ? | Age en années révolues |  |
| 202 | Sexe de l’agent de santé communautaire ASC ? | Masculin 1  Féminin 2 |  |
| 203 | Quelle est votre situation matrimoniale actuelle ? | Marié(e) 1  Veuf/veuve 2  Divorcé(e) 3  Séparé(e)s/désuni(e)s 4  Célibataire (jamais marié(e)) 5  Préfère ne rien dire 6 |  |
| 204 | Quel est le niveau scolaire le plus élevé que vous ayez atteint ? | N’a jamais fréquenté l’école 0  Primaire 1  Collège (enseignement moyen) 2  Lycée (enseignement secondaire) 3  Université (enseignement supérieur) 4  Préfère ne rien dire 98 |  |
| 205 | Êtes-vous engagé dans un travail autre que celui de la santé et de la protection de l'enfance ? | Oui 1  Non 2  Préfère ne rien dire 3 | 207 |
| 206 | Quelle est la nature de votre travail ? | Cultivateur/ agriculteur 1  Travailleur agricole/ouvrier 2  Travailleur indépendant 3  Service privé 4  Autre (préciser) 6  Préfère ne pas dire 7 |  |
| 207 | Depuis combien de temps travaillez-vous en tant qu'ASC ? | 1. # Nombre d’années 2. # Nombre de mois   *Préfère ne rien dire 998*  *Moins d’un mois 000*  *Moins d’un an 000* |  |
| 208 | Comment avez-vous été sélectionné comme ASC ?  *Plusieurs réponses possibles.* | Nomination par le responsable de la communauté A  Auto-nomination avec demande au responsable de la communauté B  Entretien C  Épreuve écrite D  Autre (préciser) E  Préfère ne pas dire Y |  |
| 209 | Qu'est-ce qui vous a motivé à devenir ASC ?  *Plusieurs réponses possibles.* | Expérience personnelle des défis en matière de soins de santé A  Expériences positives antérieures en matière de soins de santé B  Reconnaissance de la nécessité d'avoir des soins de santé accessibles C  Intérêt pour l'apprentissage des soins de santé D  Influence des membres de la famille ou de la communauté E  Évolution de carrière ou salaire F  Désir d'aider les autres G  Épanouissement personnel H  Développement professionnel I  Autre (préciser) X  Préfère ne pas se prononcer Y |  |
| 210 | En moyenne, quelle somme gagnez-vous en tant qu'ASC par mois ? | Montant mensuel  *Pas de montant 0000*  *Préfère ne pas se prononcer 9998* | 301 |
| 212 | Quelle est la nature de votre contrat en tant qu’agent de santé communautaire ? | Bénevolat 1  Contractuel 2  Basé sur l’intéressement 3  Autres (préciser)\_\_\_\_\_\_\_ 8 |  |

**SECTION 3: ZONE DE POLARISAETION ET PROFIL DE LA COMMUNAUTE**

J'aimerai maintenant vous poser quelques questions sur votre travail, votre zone de polarisation et le profil de la communauté pour laquelle vous travaillez.

| **#** | **QUESTIONS ET FILTRES** | **CODAGE** | **PASSEZ A** |
| --- | --- | --- | --- |
| 301 | Quelle est la taille de la population dans votre zone de polarisation ?  mettre 0000 si ne se rappelle pas | Population totale |  |
| 302 | Quel est le nombre total de ménages dans votre zone de polarisation ?  Mettre 999 si ne sait pas | Nombre total de ménages |  |
| 303 | Un autre agent de santé communautaire intervient-il dans votre zone de polarisation ? | Oui 1  Non 2 | 305 |
| 304 | Au total, combien d'autres ASC travaillent dans votre zone de polarisation ? | Nombre d’ASC |  |
| 304a | Combien de ménages sont couverts par les services fournis par vous ou par d'autres ASC dans votre zone de polarisation ? | Nombre total de ménages |  |
| 305 | Quelle est la distance (en Km) entre votre domicile et le foyer? | Distance (en Kms.)  *Si moins d’un km 00* |  |
| 306 | Quel est le principal moyen de transport que vous utilisez pour vous rendre au foyer le plus éloigné ? | Véhicule personnel 1  Transport public 2  Marche 3 |  |
| 307 | Combien de temps (en minutes) faut-il pour atteindre le ménage le plus éloigné ? | Minute |  |
| 308 | Habitez-vous dans votre zone de polarisation ? | Oui 1  Non 2 | 310 |
| 309 | Quelle est la distance (en Km) qui vous sépare de votre zone de polarisation | Distance en km  *Si moins d’un km 00* |  |
| 310 | Comment décririez-vous le statut socio-économique de votre zone de polarisation (perception) ? | Bas 1  Moyen 2  Élevé 3  Incertain/Préfère ne pas se prononcer 4 |  |
| 311 | Lesquels de ces établissements de santé sont disponibles dans votre zone de polarisation ? | Hôpital public 1  Centre de santé public 2  Hôpital privé 3  Clinique privée 4  Pharmacie/dépôt de médicaments 5  Guérisseur traditionnel/praticien 6  Autre (veuillez préciser) 7  Ne sait pas 8 |  |
| 312 | Quelle est la distance (en Km) qui sépare le centre de soins de santé le plus proche de votre zone de polarisation ? | Distance (en km)  *Si moins d’un km 00* |  |
| 313 | Selon vous, quel est le degré d'accessibilité des structures de santé dans votre zone de polarisation ? | Très accessible 1  Quelquefois accessible 2  Pas très accessible 3  Pas du tout accessible 4 |  |
| 314 | Selon vous, quels sont les principaux facteurs qui influencent les pratiques de planification familiale dans votre zone de polarisation ? | Croyances religieuses A  Coutumes traditionnelles B  Pouvoir de décision C  Dynamique familiale D  Facteurs socio-économiques E  Accès à l'information F  Autre (veuillez préciser) G  Incertain Z |  |

**SECTION 4: ROLES ET RESPONSABILITES**

J'aimerai maintenant vous poser quelques questions sur votre rôle et vos responsabilités en matière de planning familial et de services de santé maternelle et infantile.

| **#** | **QUESTIONS ET FILTRES** | | **CODAGE** | | **PASSEZ A** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 401 | Quels sont les principaux domaines des services de santé que vous fournissez en tant qu'ASC ?  *Plusieurs réponses possibles* | | Planification familiale A  Santé maternelle, néonatale et infantile B  VIH C  Tuberculose D  Paludisme E  Maladies non transmissibles F  Nutrition G  Eau, assainissement et hygiène H  Questions liées au genre I  Microfinancement J  Autres (à préciser X | |  |
| 402 | Quelles sont les activités spécifiques que vous exercez dans le domaine de la planification familiale ?  *Plusieurs réponses possibles* | | Dresser une liste des utilisateurs potentiels du PF A  Fournir des informations sur les différentes méthodes de contraception B  Conseiller la femme sur les effets secondaires des méthodes C  Conseiller à la femme de continuer à utiliser la méthode D  Conseiller les femmes sur les méthodes en fonction de leur éligibilité à la méthode E  Discuter avec les femmes de leurs intentions en matière de procréation F  Conseiller les femmes sur le choix de leur méthode G  Conseiller les familles pour retarder l'âge du mariage H  Conseiller les couples jeunes ou nouvellement mariés pour qu'ils retardent l'âge de la première maternité I  Distribuer des contraceptifs J  Fournir des informations sur où, quand et comment accéder à d'autres méthodes K  Orienter les femmes vers un centre de santé en cas de complications L  Avantages de la planification familiale pour la santé M  Avantages économiques de la planification familiale N  Autre (préciser) X  Sans objet Y | |  |
| 403 | Quelles sont les activités spécifiques que vous exercez dans le domaine de la santé maternelle et infantile ?  *Plusieurs réponses possibles* | | Informer la communauté sur les services de santé A  Relier la communauté à l'établissement de santé B  Conseiller les femmes sur le respect des 8 CPN C  Informer la femme et la famille sur la préparation à l'accouchement D  Informer la femme et la famille sur la préparation aux complications de l'accouchement E  Accompagner les femmes enceintes devant être hospitalisées F  Conseiller les femmes sur les soins liés à l'accouchement G  Informer la femme et la famille des examens postnatals H  Informer la communauté sur la vaccination des enfants  Mobiliser les bénéficiaires (pour la CPN ou la vaccination des enfants) I  Fournir l'aide de base (comme les SRO-Zinc, les comprimés de 'FER ET ACIDE FOLIQUE, etc.) J  Visite à domicile pour les soins aux nouveau-nés (HBNC) K  Tenir les dossiers des clients (femmes/enfants) L  Autre (préciser) X  Sans objet Y | |  |
| **J'aimerais maintenant vous poser quelques questions relatives au travail, notamment sur le temps que vous passez sur le terrain.** | | | | | |
| 404 | En moyenne, combien d'heures par jour consacrez-vous à vos activités en tant qu'ASC ? | | Heures | |  |
| 405 | Effectuez-vous des visites individuelles à domicile et des réunions/séances de groupe dans votre communauté/zone de polarisation ? | | Seulement des visites individuelles à domicile 1  Uniquement des réunions/séances de groupe 2  Les deux 3 | |  |
| 406a | Combien de visites individuelles x de ménages avez-vous réalisées au cours du dernier moiset dans lesquelles vous avez abordés des sujets relatifs à la PF ?  *Si Non enregistrer ‘00’* | **Domaines** | **1. Visites de ménages individuels** | **2. Réunions/sessions de groupe**  **(Demander si 405=2 OU 3)** |  |
| a. PF  b. Soins prénatals  c. Soins postnatals  d. Vaccination des enfants  e. Soins néonatals à domicile  f. Nutrition  g. Hygiène personnelle |  |  |
| 406b | Combien de Réunions/sessions de groupe avez-vous réalisé au cours du derniers mois et dans lesquelles vous avez abordé des sujets relatifs à la PF ? | a. PF  b. Soins prénatals  c. Soins postnatals  d. Vaccination des enfants  e. Soins néonatals à domicile  f. Nutrition  g. Hygiène personnelle |  |  |  |
| 407 | Disposez-vous d'outils de travail ou de matériel d'information, d'éducation et de communication à utiliser dans le cadre de votre travail quotidien ? | | Oui 1  Non 2 | | 501 |
| 408 | Utilisez-vous ou vous référez-vous à ces aides au travail ou à ce matériel d'information, d'éducation et de communication dans votre travail de routine ? | | Oui 1  Non 2 | |  |

**SECTION 5 : FORMATION ET SUPERVISION**

J'aimerai maintenant vous interroger sur la formation et la supervision que vous avez reçues en matière de planning familial et de santé maternelle, néonatale et infantile.

| **#** | **QUESTIONS ET FILTERS** | **CODAGE** | **PASSEZ A** |
| --- | --- | --- | --- |
| 501 | Avez-vous reçu une formation pour vos fonctions/devoirs en tant qu'ASC ? | Oui, en cours d’exercice 1  Oui, avant l’exercice 2  Oui, les deux (formation initiale/formation continue) 3  Aucun 4 | 505 |
| 502 | Quels étaient les thèmes abordés lors de la formation ?  *Plusieurs réponses possibles* | Planification familiale  Infections génitales/Infections Sexuellement Transmissibles B  Soins à l'accouchement C  Préparation à l'accouchement D  Soins prénatals E  Soins postnatals F  Immunisation G  Santé et nutrition H  Hygiène personnelle  Santé des adolescents J  VIH K  Tuberculose L  Paludisme M  Maladie non transmissible N  Autre (préciser) X |  |
| 503a | A quand date la dernière formation ? | Mois Année  *Ne se rappelle pas du mois 98*  *Ne se rappelle pas de l’année 9998* |  |
| 503b | Pendant combien de jours s'est déroulée la dernière formation ? | Durée de la formation  *Ne s’en rappelle pas 98* |  |
| 504 | Sur une echelle de 1 à 5, quelle est votre niveau de satisfaction du contenu de la formation et de son applicabilité dans votre travail ? | Très satisfait 1  Satisfait 2  Neutre 3  Insatisfait 4  Très insatisfait 5  Sans objet (n'a pas participé à la formation) 8 |  |
| 504a | Selon les directives nationales, combien de modules de formation devez-vous suivre en tant qu'ASC ? | Nombre de modules de formation  *Ne sait pas 98* | 505 |
| 504b | Combien de modules de formation avez-vous suivis ? | Nombre de modules de formation  *Ne sait pas 98* |  |
| **J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur la supervision dont vous bénéficiez dans l'exercice de vos fonctions.** | | | |
| 505 | Avez-vous un superviseur ou quelqu'un d'autre qui surveille votre travail ? | Oui 1  Non 2 | 601 |
| 506 | À quelle fréquence rencontrez-vous votre supérieur hiérarchique ? | Quotidien 1  Hebdomadaire 2  Une fois toutes les deux semaines 3  Une fois par mois 4  Occasionnellement (moins d’une fois par mois) 5  Seulement quand cela est nécessaire 6  Autre (préciser) 96 |  |
| 507 | Où rencontrez-vous généralement votre superviseur ? | Sur le terrain 1  Établissement de santé 2  Site de vaccination 3  Réunion autour de poste 4  Session de formation 5  Autre (préciser) 6 |  |
| 508 | Au cours de vos réunions avec votre superviseur, a-t-il effectué les actions suivantes ?  ***[Oui=1; Non=2]***  ***[Demander chaque point un à un]*** | 1. Vérifie l’exactitude de votre registre et de vos rapports 2. Vous observe lors des visites à domicile 3. Vous fournit un retour d’information direct sur vos performances 4. Vous fournit des ressources techniques et des informations pour vous aider à apprendre et à mieux faire votre travail 5. Vous aide à résoudre les problèmes ou les difficultés auxquels vous êtes confrontés |  |
| 509 | Votre superviseur vous a-t-il rendu visite sur le terrain au cours du dernier mois écoulé ? | Oui 1  Non 2 | 511 |
| 510 | Quand avez-vous rencontré votre supérieur hiérarchique pour la dernière fois ? | Nombre de mois |  |
| 511 | Au cours de votre dernière réunion avec votre superviseur, a-t-il effectué les actions suivantes ?  ***[Oui=1; Non=2]***  ***[Demander chaque point un à un]*** | 1. Vérifié l’exactitude de votre registre et de vos rapports 2. Observé lors des visites à domicile 3. Vous Fournir un retour d’information direct sur vos performances 4. Vous Fournir des ressources techniques et des informations pour vous aider à apprendre et à mieux faire votre travail 12 5. Vous Aider à résoudre les problèmes ou les difficultés auxquels vous êtes confrontés 12 |  |

**SECTION 6 : CONNAISSANCE ET ATTITUDE À L'ÉGARD DE LA PLANIFICATION FAMILIALE**

| **CONNAISSANCES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE**  **J'aimerai maintenant vous poser quelques questions sur le choix du bon moment, l'espacement des grossesses et les méthodes de planification familiale.** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **#** | **QUESTIONS ET FILTRES** | **CODAGE** | **PASSEZ A** |
| 601 | Selon vous, quel est l’âge approprié pour qu’une femme tombe enceinte pour la première fois ? | Inscrire en années révolues  *Pas d’âge approprié 95*  *Ne sait pas 98* |  |
| 602 | Selon vous, quels sont les avantages pour la santé d’une femme si elle tombe enceinte à l’âge approprié que vous avez mentionné ?  *Plusieurs choix possibles.* | Risque réduit de complications de la grossesse A  Risque réduit d’avortement provoqué B  Risque réduit de fausse couche C  Meilleur état nutritionnel D  Risque réduit d’anémie E  Meilleure santé physique F  Meilleure santé mentale G  Autre (Précisez) X  Ne sais pas Z |  |
| 603 | Selon vous, quel devrait être l’espacement minimum entre deux naissances consécutives (en mois) ? | Ecrire en mois complets  *Ne sais pas 98* |  |
| 604 | Selon vous, quels sont les bénéfices de l’espacement des naissances pour une femme ?  *Plusieurs choix possibles.* | Risque réduit de complications de la grossesse A  Risque réduit de décès maternel B  Risque réduit d’avortement provoqué C  Risque réduit de fausse couche D  Risque réduit d’anémie E  Permet deux années d’allaitement comme recommandées F  Meilleur état nutritionnel G  Meilleur santé physique G  Meilleur santé mentale G  Autre (Précisez) X  Ne sais pas Z |  |
| 605 | Selon vous, quel(s) avantage(s) sanitaire(s) un enfant aura-t-il si les naissances sont espacées ?  *Plusieurs choix possibles.* | Risque réduit de décès néonatal C  Meilleure croissance A  Meilleur état nutritionnel B  Diminution de l’incidence de l’anémie C  Meilleure chance de survie D  Meilleure attention de la part de la mère E  Risque réduit de décès néonatal F  Autre (Précisez) X  Ne sais pas Z |  |
| 606 | Selon vous, combien de temps une femme doit-elle attendre après un avortement spontané ou provoqué pour retomber enceinte ? | Ecrire en mois  *Ne sais pas 98* |  |
| 607 | Selon vous, quels sont les avantages pour les femmes d’attendre au lieu de tomber enceinte immédiatement après un avortement ?  *Plusieurs choix possibles.* | Risque réduit de complications de la grossesse A  Risque réduit de décès maternels B  Diminution du risque de fausses couches D  Risque réduit d’anémie (faiblesse) E  Autre (Précisez) X  Ne sait pas Z |  |
| 608 | Que dites de l’assertion suivante « une femme a plus de chances de tomber enceinte si elle a des rapports sexuels à certains jours de son cycle menstruel ». Est-elle vrai ou fausse ? | Vrai 1  Fausse **2**  Ne sais pas **8** | 610 |
| 609 | Quelle est la période du cycle menstruel où les chances de tomber enceinte sont les plus élevées ? | 7 jours avant le début des règles 1  Jusqu’à 7 jours après le début des règles 2  Du 8e  au 20e jour après la menstruation 3  Ne sais pas 8 |  |

|  |
| --- |
| **J’aimerai maintenant vous poser quelques questions sur les différentes méthodes modernes de planification familiale : où avez-vous entendu parler de ces méthodes, comment sont-elles utilisées, quels sont leurs avantages et leurs inconvénients ? Nous poserons les questions séparément pour chacune des méthodes.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 610 | Quelles sont les méthodes contraceptives dont vous avez entendu parler ?  *Plusieurs choix possibles.*  **Ecouter et cocher (Ne pas suggérer)**  **Bien vrai que vous avez cité certaines méthodes, est ce que vous n’avez pas aussi entendu parler de ces autres méthodes ?** | **Méthodes** | | **Oui** | **Non signalé** | **Non après incitation** | |
| DUI | | 1 | 2 | 3 | |
| Injectables | | 1 | 2 | 3 | |
| Préservatifs (Masculin) | | 1 | 2 | 3 | |
| Préservatifs (Féminin) | | 1 | 2 | 3 | |
| Contraception d’urgence | | 1 | 2 | 3 | |
| Pilules | | 1 | 2 | 3 | |
| Implants | | 1 | 2 | 3 | |
| Stérilisation féminine | | 1 | 2 | 3 | |
| Stérilisation masculine | | 1 | 2 | 3 | |
| Allaitement maternel exclusif | | 1 | 2 | 3 | |
| Méthode des jours fixes | | 1 | 2 | 3 | |
| 610b | Quelles sont les méthodes contraceptives préférées dans votre lieu de travail/localité ?  *Plusieurs choix possibles.* | | Pilules A  Injectable B  Préservatif masculin C  Préservatif féminin D  Contraceptions d’urgence E  DIU F  Implants G  Stérilisation féminine (ligature des trompes) H  Stérilisation masculine/vasectomie I  Allaitement maternel exclusif (MAMA) J  Méthode des jours fixes (MJF) K  Autre (préciser) X | | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Vérifiez 610: si a = 1 ou 2 Demandez 611 - 619***  ***Sinon allez à 620*** | | | |
| 611 | Vous avez dit que vous-avez entendu parler de **DIU**. Quels sont les avantages d’utiliser cette méthode ?  Quoi d’autre ?  *Plusieurs choix possibles.* | C’est efficace A  C’est réversible B  C’est immédiatement réversible sans retard dans le retour à la fertilité C  Seul le suivi initial est nécessaire D  N’interfère pas avec les rapports sexuels E  Pas d’effets sur la production de lait maternel F  Il n’est pas nécessaire d’acheter des fournitures G  Peut servir de méthode contraceptive d’urgence lorsqu’il est inséré dans les cinq jours suivant un rapport sexuel non protégé H  C’est une méthode à longue durée d’action (5/10 ans) I  Peut être utilisé comme méthode de limitation J  Risque d'effets secondaires plus faible que les autres méthodes réversibles K  Autre (Précisez) X |  |
| 612 | Quels sont les problèmes auxquels les clients font face lors de l’utilisation de **DIU ?**  *Plusieurs choix possibles.* | Faiblesse (Efficacité) A  Echec de la méthode (grossesse) B  Augmentation du risque d’infection C  Réduction des sensations/ plaisir des rapports sexuels  Gene lors des rapports sexuels D  Malformations génitales chez le futur bébé E  Infertilité F  Saignements excessifs G  Douleurs abdominales H  Autre (Préciser) X  Ne cause aucun problème Y  Ne sais pas Z |  |
| 613 | Quels sont les états de santé et les situations dans lesquels une femme ne devrait pas utiliser de **DIU ?**  *Plusieurs choix possibles.* | Femme n’étant jamais tombé enceinte A  Femme très anémiée B  Femme avec des risques d’IST C  Infections des trompes D  Infections utérines E  Infection après accouchement F  Grossesse extra-utérine G  Femmes qui se plaignent de saignements et de douleurs pendant les règles H  Femmes ayant beaucoup d’enfants I  Femme ayant bénéficié d’une césarienne J  Autre (Précisez) X  Ne sais pas Z |  |
| 614 | Selon vous, cette méthode est-elle adaptée pour retarder la première naissance ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 615 | Selon vous, cette méthode est-elle adaptée au maintien de l’intervalle entre deux naissances ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 616 | Pensez-vous que les légers saignements après l’insertion de **DIU** sont normaux ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 617 | Selon vous, quel est le moment le plus recommandé pour insérer à une femme un **DIU ?**  *Plusieurs choix possibles.*  *Corriger et mettre un seul choix possible vu que l’intitulé stipule LE moment* | Dans les 12 premiers jours du cycle menstruel A  Dans les 48 heures suivant l'accouchement B  Après six semaines suivant l'accouchement C  Dans les 12 jours suivant un avortement D  Autre (Précisez) X  Ne sais pas Z |  |
| 618 | Selon vous, qui peut insérer un **DIU ?**  *Plusieurs choix possibles.* | Tout médecin A  Gynécologue B  Sages-femmes C  Infirmière formée D  ASC E  Matrone F  Autre (Précisez) X  Ne sais pas Z |  |
| 619 | Que dites-vous à une femme pour vérifier si le DUI est en place ?  *Plusieurs choix possibles.* | Se laver les mains A  S’accroupir et palper le fil avec ses doigts B  Retirer le doigt et se laver les mains à nouveau C  Autre (Précisez) X  Ne sais pas Z |  |
| **Vérifiez 610, si f=1 ou 2 Demandez 620-624**  **sinon allez à 625** | | | |
| 620 | Pouvez-vous nous dire la fréquence d’utilisation des **pilules** ? | Chaque jour 1  Chaque semaine 2  Les deux 3  Ne sais pas 8 |  |
| 621 | Quels sont les problémes auxquels les femmes peuvent faire face durant/après la prise d’une **pilule** ?  *Plusieurs choix possibles.* | Réduction de la production de lait A  Réduction de la capacité de travail B  Nausées C  Maux de tête D  Gonflement des jambes E  Perturbation du cycle menstruel F  Faiblesse G  Ballonnement/acidité H  Prise de poids I  Perte de poids J  Frigidité/Baisse de la libido K  Autre (Précisez) X  Aucun problème Y  Ne sais pas Z |  |
| 622 | Quelles sont les situations sanitaires pour lesquelles la prise de **pilules** chez la femme pourrait être dangeureuse ?  *Plusieurs choix possibles.* | Femme avec jaunisse A  Femme ayant eu un accident vasculaire célébral B  Femme paralysée C  Femme souffrant d’une maladie cardiaque D  Femme souffrant d’une hypertension artérielle E  Autre (Préciser) X  Ne sais pas Z |  |
| 623 | Pensez-vous que les **pilules** peuvent être conseillées à la femme qui allaite ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 624 | A votre avis, quand est ce qu’une femme doit commencer à prendre la **pilule**?  *Plusieurs choix possibles.* | Premier jour du cycle menstruel A  Dans les cinq jours suivant le début du cycle menstruel B  Dernier jour du cycle menstruel C  À tout moment D  Autre (Précisez) X  Ne sais pas Z |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vérifiez 610: si c,d = 1 ou 2 alors Demandez 625-631; sinon passez à 632** | | | |
| 625 | Pour être efficace, quand est-ce que les **préservatifs** doivent être utilisés ? | À chaque rapport sexuel 1  Autre réponse 6  Ne sais pas 8 |  |
| 626 | Combien de fois peut-on utiliser un **préservatif** lors d’un rapport sexuel ? | Une fois 1  Deux fois 2  Plus de deux fois 3  Ne sais pas 8 |  |
| 627 | Quels sont les avantages d’utiliser un **préservatif** ?  *Plusieurs choix possibles.* | Prévenir la grossesse A  Sécurité contre les infections sexuelles B  Prévenir le VIH C  Facilement disponible D  Méthode la moins chère E  Facile à utiliser F  Autre (Préciser) X  Ne sais pas Z |  |
| 628 | Quels sont les problémes auxquels un client peut faire face lors de l’utilisation d’un **préservatif** ?  *Plusieurs choix possibles.* | Réduction du plaisir sexuel A  Allergie B  Echec de la méthode C  Affectent les règles D  Problème d’élimination de l’utilisation des préservatifs E  Autre (Précisez) X  Aucun problème Y  Ne sais pas Z |  |
| 629 | Selon vous, cette méthode est-elle adaptée pour retarder la première naissance ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 630 | Selon vous, cette méthode est-elle adaptée au maintien de l’intervalle entre deux naissances ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 631 | Selon vous, cette méthode est-elle adaptée pour la limitation des naissances ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vérifiez 610: si b=1 ou 2 alors demandez 632-638; sinon allez à 639** | | | |
| 632 | Supposons qu’une femme soutaite utiliser un **produit injectable**. Selon vous, quand doit-elle prendre sa première dose de produit injectable ?  *Plusieurs choix possibles.* | Dans les sept premiers jours du cycle menstruel A  Dans les sept premiers jours suivant l’avortement B  Après six semaines d’accouchement (si elle allaite) C  Immédiatement après l’accouchement (si elle n’allaite pas) D  Autre (Préciser) X  Ne sais pas Z |  |
| 633 | Selon vous, quels sont les bénéfices d’utiliser des contraceptifs **injectables** ou pourquoi une femme devrait utiliser cette méthode ?  *Plusieurs choix possibles.* | Très efficace et sûr A  Pratique et facile à utiliser B  Agit pendant 3 mois avec un délai de grâce d’un mois C  Complétement reversible D  Méthode privée et confidentielle E  N’interfère pas avec les rapports sexuels F  Convient aux femmes qui allaitent G  Utile pour le post-partum immédiat (chez les femmes qui n’allaitent pas) H  Utilisable après l’avortement I  Utilisable à tout âge J  Utilisable pour les femmes de parité faible K  Réduit les crampes menstruelles L  Réduit le risque du cancer de l’ovaire et de l’utérus M  Autre (Précisez) X  Ne sais pas Z |  |
| 634 | Quels sont les problemès auxquels un client peut faire face après qu’on lui ait administré un **injectable** ?  *Plusieurs choix possibles.* | Maux de tête A  Menstrues irrégulières B  Saignements irréguliers C  Saignement prolongé pendant les règles D  Saignements abondants pendant les règles E  Amenorrhée F  Prise de poids G  Perte blanche H  Autre (Préciser) X  Aucun problème Y  Ne sais pas Z |  |
| 635 | Selon vous, cette méthode est-elle adaptée pour retarder la première naissance ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 636 | Selon vous, cette méthode est-elle adaptée au maintien de l’intervalle entre deux naissances ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 637 | Selon vous, cette méthode est-elle adaptée pour la limitation des naissances ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 638 | Après la première prise de contraceptif **injectable**, dans combien de moisla dose suivante doit-elle être administrée ? | Nombre de mois………………………………………….1  Ne sais pas 98 |  |
| **Vérifiez 610: si g=1 ou 2 ; Demandez 639-646**  **sinon passez à 647** | | | |
| 639 | Selon vous, quels sont les bénéfices d’utiliser des **implants** ou pourquoi une femme devrait utiliser cette méthode ?  *Plusieurs choix possibles.* | Efficace et sûr A  Pratique et facile à utiliser B  Ne necessite pas de dosage quotidien ou mensuel C  Complètement réversible D  Une méthode privée et confidentielle E  N’interfère pas avec les rapports sexuels F  Autre (Préciser) X  Ne sais pas Z |  |
| 640 | Quels sont les problémes auxquels un client peut faire face après qu’on lui ait inséré un **implant** ?  *Plusieurs choix possibles.* | Menstruations irrégulières A  Saignements irréguliers B  Saignements prolongés durant les règles C  Saignements abondant pendant les règles D  Aménorrhée E  Douleur abdominale F  Changement de poids G  Sensibilité des seins H  Autre (Préciser) X  Aucun problème Y  Ne sais pas Z |  |
| 641 | Quelle est la durée de la période d’efficacité des **implants** dans la prévention de la grossesse ? | 3-5 ans 1  Autres réponses 6  Ne sais pas 8 |  |
| 642 | Savez-vous où les **implants** doivent être insérés ? | Partie supérieure du bras 1  Autres réponses 6  Ne sais pas 8 |  |
| 643 | Selon vous, qui peut effectuer la pose d’**implants** ?  *Plusieurs choix possibles.* | Tout médecin A  Gynécologue B  Sages-femmes C  Infirmière formée D  ASC E  Matrone F  Autre (Précisez) X  Ne sais pas Z |  |
| 644 | Selon vous, cette méthode est-elle adaptée pour retarder la première naissance ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 645 | Selon vous, cette méthode est-elle adaptée au maintien de l’intervalle entre deux naissances ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 646 | Selon vous, cette méthode est-elle adaptée pour la limitation des naissances ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| **Vérifier 610: si e=1 ou 2 alors demandez 657-663;**  **sinon passez à 664** | | | |
| 657 | Savez-vous que la contraception d’urgence peut être prise peu de temps après un rapport sexuel non protégé ? | Oui 1  Non 2 | 660 |
| 658 | Quel est le nombre d’heures maximal après un rapport sexuel non protégé, pour qu’une contraceptiond’urgence (CU) puisse être prise ?  **[ENREGISTRER LE NOMBRE D’HEURES]** | Nombre d’heures  *Ne sait pas 98* |  |
| 659 | Pensez-vous qu’une CU peut avoir été efficace bien que la femme soit tombée enceinte ? | Oui 1  Non 2 |  |
| 660 | Pensez-vous que la CU peut être utilisée comme une méthode de contraception régulière ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 661 | Selon vous, cette méthode est-elle adaptée pour retarder la première naissance ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 662 | Selon vous, cette méthode est-elle adaptée au maintien de l’intervalle entre deux naissances ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 663 | Selon vous, cette méthode est-elle adaptée pour la limitation des naissances ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vérifiez 610 : si h=1 ou 2 alors demandez 664-666**  **sinon passez à 667** | | | |
| 664 | Selon vous, quels sont les bénéfices d’adopter la sterilisation féminine ou pourquoi une femme devrait utiliser cette méthode ?  *Plusieurs choix possibles.* | Procédure unique A  Aucune autre méthode ne sera nécessaire B  Définitive (plus d’enfant) C  Procédure simple D  Facilement disponible E  Autre (Préciser) X  Pas d’avantages Y  Ne sais pas Z |  |
| 665 | Quels sont les problèmes auxquels un client peut faire face pendant ou après une sterilisation feminine, y compris la procedure post-partum/post avortement  *Plusieurs choix possibles.* | Saignement du site chirurgical A  Saignement vaginal B  Infection C  Ecoulement de pus de la plaie D  Déhiscence de la plaie E  Echec de la méthode F  Gonflement abdominal G  Lésion/perforation intestinale H  Lésions de la vessie I  Fièvre J  Vomissement K  Autre (Présicer) X  Aucun problème Y  Ne sais pas Z |  |
| 666 | Selon vous, cette méthode est-t-elle adaptée pour la limitation des naissances ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vérifier 610: si i=1 ou 2 alors demander 667-669;**  **sinon passer à 670** | | | |
| 667 | Selon vous, quels sont les bénéfices d’adopter la sterilisation ou pourquoi une femme devrait utiliser cette méthode ?  *Plusieurs choix possibles.* | Procédure unique A  Aucune autre contraception n’est nécessaire B  Plus d’enfants après utilisation C  Procédure simple D  Facilement disponible E  Autre (Précisez) X  Pas d’avantages Y  Ne sais pas Z |  |
| 668 | Quels sont les problèmes auxquels un client peut faire face pendant ou après une stérilisation masculine  *Plusieurs choix possibles.* | Réduit le plaisir sexuel A  Réduit la capacité de travail B  Echec de la méthode C  Faiblesse D  Gain de poids E  Grastrite/acidité F  Ballonnements G  Autre (Préciser) X  Aucun problème Y  Ne sais pas Z |  |
| 669 | Selon vous, cette méthode est-t-elle adaptée pour la limitation des naissances ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| **J’aimerai maintenant connaître votre point de vue sur l’importance de l’utilisation des méthodes de planification familiale.** | | | |
| 670 | Selon vous, pourquoi est-il important pour les femmes et les couples d’utiliser des méthodes de contraception ?  *Plusieurs choix possibles.* | Limiter la taille des familles A  Espacer les naissances B  Prévenir les grossesses non désirées C  Prévenir les avortements D  Diminution du risque de décès maternels E  Diminution du risque de décès néonatals F  Diminution du risque d’accouchement prématuré G  Risque réduit de faible poids à la naissance H  Risque plus faible d’avoir un enfant de petite taille pour l’âge gestationnel I  Avantages financiers J  Mieux élever les enfants K  Garantir les droits reproductifs des femmes L  Autres (Préciser) X |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATTITUDE ENVERS LE PLANNING FAMILIAL**  **Je vais maintenant vous lire quelques affirmations : Citez vos réponses comme « Pas du tout d'accord », « Pas d'accord », « Ni d'accord ni pas d'accord », « D'accord » et « Tout à fait d'accord ».** | | | | | | |
| 671 | **DECLARATIONS** | **Pas du tout d’accord** | **Pas d’accord** | **Neutre** | **D’accord** | **Tout à fait d’accord** |
| a. | Il est important de parler des méthodes contraceptives, quel que soit le sexe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. | Les informations sur la planification familiale ne doivent être données qu'à ceux qui en font explicitement la demande. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. | Les conseils en matière de PF doivent être fournis aux garçons et aux filles non mariés. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. | L'utilisation de méthodes contraceptives est importante pour les femmes/hommes en âge de procréer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. | Les connaissances en matière de planification familiale augmenteront les relations sexuelles avant le mariage. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. | Les contraceptifs affectent le désir sexuel du partenaire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g. | Les méthodes contraceptives ont un impact négatif sur la pratique de la religion. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h. | Les contraceptifs affectent les activités quotidiennes des femmes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| i. | L'éducation à la planification familiale devrait être incluse dans le programme des établissements d'enseignement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SECTION 7 : CONNAISSANCES ET ATTITUDES EN MATIÈRE DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE**

J'aimerai maintenant vous poser quelques questions sur votre connaissance des pratiques en matière de santé maternelle et infantile.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONNAISSANCE DE LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE** | | | |
| **Q NO** | **QUESTIONS ET FILTRES** | **CODAGE** | **PASSEZ A** |
| 701 | Quels sont les examens qu'une femme enceinte doit effectuer pendant sa grossesse ?  *Plusieurs réponses possibles.* | Test urinaire A  Analyse de sang B  Mesure de la tension artérielle C  Mesure du poids D  Examen de l'abdomen E  Échographie F  Autre (préciser) X |  |
| 702 | Quel est le nombre minimum de visites de contrôle qu'une femme enceinte devrait subir pendant sa grossesse ? | Nombre de contrôles  Ne sait pas 98 |  |
| 703 | Au cours de quel mois de la grossesse une femme enceinte devrait-elle idéalement passer sa première visite prénatale ? | Premier trimestre 1  Autres réponses 6  Ne sait pas 8 |  |
| 704 | Au cours de quel mois de grossesse une femme enceinte devrait-elle subir sa deuxième visite prénatale ? | Entre le 4e et le 6e mois 1  Autres réponses 6  Ne sait pas 8 |  |
| 705 | Au cours de quel mois de la grossesse une femme enceinte devrait-elle subir sa troisième visite prénatale ? | 8e mois 1  Autres réponses 6  Ne sait pas 8 |  |
| 706 | Combien de doses d'anatoxine tétanique doivent être injectées à une femme enceinte ? | Nombre de doses  Ne sait pas 98 |  |
| 707 | Pendant combien de jours une femme enceinte doit-elle prendre des comprimés ou un sirop de fer et d'acide folique ? | Nombre de jours  Ne sait pas 98 |  |
| 708 | Quels sont les signes d'alerte pendant la grossesse qui indiquent qu'une femme doit consulter un professionnel de la santé ?  *Plusieurs réponses possibles.* | Maux de tête intenses/hypertension artérielle A  Vision trouble B  Gonflement des chevilles/gonflement du visage C  Facile à vivre D  Forte fièvre E  Saignements vaginaux F  Pertes vaginales nauséabondes G  Jaunisse H  Anémie I  Autre (préciser) X  Ne sait pas Z |  |
| 709 | Quels sont les préparatifs essentiels qu'une femme doit effectuer pour un accouchement en toute sécurité ?  *Plusieurs réponses possibles.* | Identifier un hôpital/une sage-femme qualifiée pour l'accouchement A  Organiser le transport B  Économiser de l'argent pour les frais d'accouchement C  Identifier un établissement de santé de référence où se rendre en cas d'urgence D  Identifier quelqu'un pour donner son sang E  Autre (préciser) X  Ne sait pas Z |  |
| 710 | Quels sont les signes d'alerte pendant le travail ou l'accouchement qui indiquent qu'une femme doit se rendre à l'hôpital ou chez le médecin ?  *Plusieurs réponses possibles.* | Bébé en position anormale A  Absence ou /moins de mouvements du fœtus B  Saignements vaginaux excessifs C  Travail prolongé D  Obstruction du travail E  Fentes F  Saignements vaginaux excessifs G  Retard dans l'expulsion du placenta/Retenue du placenta H  Autre (préciser) X  Ne sait pas Z |  |
| 711 | Une femme doit-elle se faire examiner après l'accouchement même si elle se sent bien ? | Oui 1  Non 2  Ne sait pas 8 | 714 |
| 712 | Combien de temps après l'accouchement une femme doit-elle subir son premier examen médical ? | Dans les heures/deux jours 1  Autres réponses 6  Ne sait pas 8 |  |
| 713 | Quel est le nombre minimum de visites de contrôle qu'une femme doit effectuer dans les six semaines suivant l'accouchement ? | Nombre de contrôles  Ne sait pas 98 |  |
| 714 | Quels sont les examens à effectuer lors des contrôles postnatals pour les femmes ?  *Plusieurs réponses possibles.* | Contrôle de la température A  Contrôle de la tension artérielle B  Contrôle des saignements vaginaux C  Examen des problèmes mammaires D  Autre (préciser) X  Aucun Y  Ne sait pas Z |  |
| 715 | Quels sont les examens à effectuer lors des contrôles postnatals du nouveau-né ?  *Plusieurs réponses possibles.* | Contrôle de la température A  Contrôle du cordon ombilical B  Contrôle des yeux C  Contrôle des membres D  Contrôle de l'allaitement E  Position et fixation de l'allaitement F  Contrôle du nombre d'urines G  Contrôle du poids H  Autre (préciser) X  Aucune Y |  |
| 716 | Quels sont les signes d'alerte après l'accouchement qui indiquent qu'une femme devrait consulter un prestataire de soins de santé ?  *Plusieurs réponses possibles.* | Saignements abondants A  Forte fièvre B  Pertes vaginales malodorantes C  Fuites D  Autre (préciser) X  Ne sait pas Z |  |
| 717 | Quand faut-il donner du lait maternel à un nouveau-né ? | Immédiatement après la naissance (dans l'heure qui suit) 1  Autres réponses 6  Ne sait pas 8 |  |
| 718 | Faut-il donner à un nouveau-né le lait jaunâtre qui s'écoule du sein de la mère après l'accouchement ? | Oui 1  Non 2  Ne sait pas 8 |  |
| 719 | Pendant combien de temps un nouveau-né doit-il être nourri exclusivement au sein ? | 6 mois 1  Autres réponses 6  Ne sait pas 8 |  |
| 720 | Comment nettoyer un nouveau-né ?  *Plusieurs réponses possibles.* | Essuyer et emballer A  Donner un bain B  Autre (préciser) X  Ne sait pas Z |  |
| 721 | Comment doit-on s'occuper du moignon ombilical ?  *Plusieurs réponses possibles.* | Maintenir le cordon propre et sec A  Appliquer une substance cicatrisante B  Autre (préciser) X  Ne sait pas Z |  |
| 722 | Quels sont les signes d'alerte dans les premières semaines suivant l'accouchement qui indiquent qu'un nouveau-né doit être emmené chez un médecin ?  *Plusieurs réponses possibles.* | Le bébé ne respire pas A  Respiration rapide B  Fièvre C  Mauvaise succion ou alimentation/ Allaitement D  Le bébé devient somnolent/inconscient E  Le bébé n'est pas allé à la selle ou n'a pas uriné dans les 24 heures F  Cordon ombilical infecté G  Diarrhée H  Pneumonie/attaque thoracique I  Jaunisse J  Autre (préciser) X  Ne sait pas Z |  |
| 723 | Quand doit-on proposer des aliments complémentaires à un nourrisson ? | 6 mois d'âge 1  Autres réponses 6  Ne sait pas 8 |  |
| 724 | Combien de doses de vaccin BCG faut-il administrer à un nouveau-né ? | Un seul 1  Autres réponses 6  Ne sait pas 8 |  |
| 725 | À quel âge un nouveau-né doit-il être vacciné par le BCG ? | À la naissance 1  Autres réponses 6  Ne sait pas 8 |  |
| 726 | Combien de doses de vaccin antipoliomyélitique oral doivent être administrées à un nouveau-né ? | 4 doses 1  Autres réponses 6  Ne sait pas 8 |  |
| 727 | À quel âge un nouveau-né doit-il recevoir la première dose de vaccin oral contre la polio ? | À la naissance 1  Autres réponses 6  Ne sait pas 8 |  |
| 728 | À quel âge un nouveau-né doit-il recevoir la deuxième dose de vaccin oral contre la polio ? | 6 semaines 1  Autres réponses 6  Ne sait pas 8 |  |
| 729 | Combien de doses de vaccin DPT doivent être administrées à un nouveau-né ? | 3 doses 1  Autres réponses 6  Ne sait pas 8 |  |
| 730 | À quel âge un nouveau-né doit-il recevoir la première dose de vaccin DPT? | 6 semaines 1  Autres réponses 6  Ne sait pas 8 |  |
| 731 | Combien de doses de vaccin contre la rougeole doivent être administrées à un nouveau-né? | Une dose 1  Autres réponses 6  Ne sait pas 8 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATTITUDE À L'ÉGARD DE LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ**  **Je vais maintenant vous lire quelques affirmations : Citez vos réponses : « Pas du tout d'accord », « Pas d'accord », « Ni d'accord ni pas d'accord », « D'accord » et « Tout à fait d'accord ».** | | | | | | |
| 732 | **AFFIRMATIONS** | **Tout à fait d'accord** | **Tout à fait d'accord** | **Tout à fait d'accord** | **Tout à fait d'accord** | **Tout à fait d'accord** |
| a. | Il n'est pas nécessaire que le mari/partenaire accompagne sa femme lors des visites de consultation pré et postnatales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. | Une femme doit prévoir à l'avance le lieu où elle accouchera. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. | Une femme doit prévoir à l'avance comment elle se rendra sur le lieu de l'accouchement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. | Il n'est pas nécessaire qu'un mari/partenaire accompagne sa femme lors de l'accouchement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. | L'accouchement à l'hôpital est bénéfique pour le bébé et la mère. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. | Il est nécessaire de donner des conseils aux femmes qui viennent d'accoucher sur les soins à apporter au nouveau-né. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g. | En cas d'affection, les remèdes maison et les traitements à base de plantes sont plus efficaces que l'aide médicale. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h. | L'accouchement est l'affaire d'une femme. Les maris/partenaires n'ont pas grand-chose à y apporter. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| i. | Les vaccins administrés aux enfants sont inutiles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| j. | Les enfants reçoivent trop de types de vaccins. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| k. | Les parents/tuteurs devraient avoir le droit de refuser les vaccinations. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| l. | La vaccination des enfants devrait être rendue obligatoire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SECTION 8 : SERVICES FOURNIS**

J'aimerai maintenant vous poser quelques questions sur les services que vous avez fournis au cours des derniers mois dans votre zone de polarisation.

| **#** | **QUESTIONS ET FILTRES** | | | | | **CODAGE** | | | | | **PASSEZ A** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 801 | Mentionnez le nombre de bénéficiaires contactés, conseillés, référés, suivis ou qui vous ont contacté pour des services de planification familiale et de santé maternelle et néonatale au cours des derniers mois écoulés dans votre zone de couverture. **S'IL N'Y A PAS DE BÉNÉFICIAIRE, ÉCRIVEZ '00' (vérifiez le registre des ASC s'il y en a un, sinon demandez à l'ASC). Ajouter un code pour si l’ASC ne sait pas** | | | | | | | | | |  |
|  | **Types de bénéficiaires** | **Types de services** | | | | | | | | | |
| **1. Combien de personnes ont été contactées ?** | | **2. Combien de personnes ont été conseillées ?** | | | **3. Combien de personnes ont été orientées ?** | | **4. Combien de personnes ont été suivies ?** | **5. Combien de personnes vous ont contacté ?** | |
| Indiv. | Groupe | Indiv. | Groupe | | Indiv. | Groupe | Indiv. | Indiv. | |
| a. | Hommes éligibles (pour la PF) |  |  |  |  | |  |  |  |  | |
| b. | Femmes éligibles (pour la PF) |  |  |  |  | |  |  |  |  | |
| c. | Femmes enceintes (pour la CPN) |  |  |  |  | |  |  |  |  | |
| d. | Femmes accouchées (pour la CPN) |  |  |  |  | |  |  |  |  | |
| e. | Enfants de moins de 5 ans (pour la vaccination ou des questions de santé) |  |  |  |  | |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **J’aimerais maintenant savoir si les bénéficiaires ont été approvisionnés dans votre zone d’intervention.** | | | | | | |
| 802 | Avez-vous reçu des fournitures ? Si oui, quelle est la quantité dont vous disposez actuellement ? Avez-vous manqué de fournitures au cours des trois derniers mois ? | **Fournitures** | **1. Avez-vous reçu ?**  *[1-Oui,  2-Non]* | **2. Quelle est la quantité que vous possédez actuellement ?**  *[Enregistrer 98 si vous ne vous souvenez pas ]* | **3. Avez-vous manqué de provisions au cours des 3 derniers mois ?**  *[1-Oui,  2-Non]* |  |
| a. Bandes de contraceptifs oraux |  |  |  |
| b. Paquets de contraceptifs d’urgence |  |  |  |
| c. Paquets de préservatifs masculins |  |  |  |
| d. Paquets de préservatifs féminins |  |  |  |
| e. Comprimés Fer et acide folique |  |  |  |
| f. Comprimés de calcium |  |  |  |
| g. Comprimés d'albendazole |  |  |  |
| h. Comprimés de zinc |  |  |  |
| i. Vitamine A en sirop |  |  |  |
| j. Comprimés de paracétamol |  |  |  |
| k. Sirop de paracétamol |  |  |  |
| l. SRO en sachets |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 803 | Disposez-vous d'équipements vous permettant de fournir des services plus efficaces ? | Oui 1  Non 2 | 805 |
| 804 | Quels sont les équipements fonctionnels dont vous disposez ?  *Plusieurs réponses possibles.* | Balance A  Stéthoscope B  Instrument de mesure de la tension artérielle C  Thermomètre D  Glucomètre E  Compteur d'hémoglobine F  Autre (préciser)) X |  |
| 805 | Avez-vous fourni des méthodes contraceptives aux femmes/couples éligibles de votre communauté au cours des derniers mois écoulés ? | Oui 1  Non 2 | 807 |
| 806 | Quelle méthode contraceptive avez-vous fournie ?  *Plusieurs réponses possibles.* | Pilules contraceptives orales A  Pilules contraceptives d'urgence B  Préservatifs C  Autre (préciser) X |  |
| 807 | Avez-vous mobilisé des femmes/couples éligibles vers le centre de santé pour d'autres méthodes contraceptives à long terme ? | Oui 1  Non 2 | 809 |
| 808 | Pour quelle méthode de contraception à long terme vous êtes-vous mobilisé ?  *Plusieurs réponses possibles.* | DIU A  Implants B  Injectables C  Stérilisation D  Autre (préciser) X |  |
| 809 | Avez-vous fourni une aide essentielle aux femmes enceintes au cours du dernier mois ? | Oui 1  Non 2 |  |
| 810 | Avez-vous fourni une aide essentielle, telle que le choix d'un contraceptif pour retarder la première grossesse, l'accompagnement dans un centre de santé, l'élaboration d'un plan de préparation à l'accouchement, l'organisation du transport pour l'accouchement, etc. aux femmes qui viennent d'accoucher au cours du mois écoulé ? | Oui 1  Non 2 | END |
| 811 | Quelle aide spécifique avez-vous apportée ?  *Plusieurs réponses possibles.* | SRO A  Pilules FER ET ACIDE FOLIQUE B    Comprimés d'albendazole D  Kit nutritionnel E  Autre (préciser) X |  |

OBSERVATIONS DE L’ENQUÊTEUR