

mADDS – Questionnaire auprès de Sites de Prestation de Services (SPS)
--

NO	QUESTIONS ET FILTRES	CATÉGORIES CODÉES	ALLER À								
IDENTIFICATION											
Veillez enregistrer l'information d'identification suivante avant de commencer l'entretien.											
A	Combien de fois avez-vous rendu visite à ce site de prestation de services pour cet entretien?	1 ^{ère} fois 1 2 ^{ème} fois 2 3 ^{ème} fois 3									
B	Nom de l'enquêteur/enquêtrice: Est-ce bien votre nom? COCHEZ LA CASE À CÔTÉ DU NOM SI C'EST BIEN LE VÔTRE, PUIS SELECTIONNEZ « OUI ». NE COCHEZ PAS LA CASE SI CE N'EST PAS VOTRE NOM, PUIS SÉLECTIONNEZ « NON » (APPUYEZ LONGTEMPS POUR DÉCOCHER LA CASE SI NÉCESSAIRE). Si non, indiquez votre nom : VEUILLEZ SAISIR VOTRE NOM. <i>ODK affichera le nom associé au numéro de série du téléphone.</i>	Oui..... 1 Non..... 0 Nom de l'enquêteur/enquêtrice									
C	DATE ET HEURE LOCALE AFFICHÉES À L'ÉCRAN. La date et l'heure affichées sont-elles correctes?	Oui..... 1 Non..... 0	Aller à E si Oui								
D	Enregistrez l'heure et la date correctes	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Date</td> <td style="width: 25%;">Jour</td> <td style="width: 25%;">Mois</td> <td style="width: 25%;">Année</td> </tr> <tr> <td>Heure</td> <td>Heure</td> <td>Min</td> <td>AM/PM</td> </tr> </table>	Date	Jour	Mois	Année	Heure	Heure	Min	AM/PM	
Date	Jour	Mois	Année								
Heure	Heure	Min	AM/PM								
E	Commune	Barumba..... 1 Bumbu 2 Kalamu 3 Kimbanseke..... 4 Kinshasa..... 5 Kintambo 6 Kisenso..... 7 Lemba 8 Limete..... 9 Lingwala 10 Masina..... 11 Matete 12 Mont-Ngafula..... 13 Ngaba 14 Ngaliema 15 Ngiringiri 16 Salembao 17									
H	Quartier VEUILLEZ SÉLECTIONNER LE NOM DU QUARTIER OÙ EST SITUÉ L'ÉTABLISSEMENT.	<i>ODK générera une liste déroulante des quartiers dans la zone de santé sélectionnée à la Q. F.</i>									

Questionnaire auprès des Sites de Prestation de Services

I	Numéro de l'établissement VEUILLEZ SAISIR LE NUMÉRO DE L'ÉTABLISSEMENT TEL QU'IL APPARAÎT DANS LA LISTE QUI VOUS A ÉTÉ DONNÉE.		
J	Type d'établissement VEUILLEZ SÉLECTIONNER LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT	Hôpital / Polyclinique 1 Centre de santé..... 2 Clinique 3 Poste de santé 4 Pharmacie 5 Boutique 6 Ligablo..... 7 Autre..... 96	
K	Autorité de gestion VEUILLEZ SÉLECTIONNER L'AUTORITÉ DE GESTION DE L'ÉTABLISSEMENT.	Gouvernement..... 1 ONG 2 Confession religieuse 3 Privée 4 Autre..... 5	
L	Y a-t-il une personne compétente pour répondre à ce questionnaire présente et disponible aujourd'hui?	Oui..... 1 Non..... 0	Aller à P si Non
CONSENTEMENT INFORMÉ			
Veillez trouver la personne responsable des services (gérant et/ou chargé de la planification familiale) présent sur place. Veillez lui lire le message de présentation suivant.			
<p>Bonjour. Je m'appelle _____ . Je suis ici en représentation du Ministère de la Santé et de l'École de Santé Publique de Kinshasa pour en savoir plus sur les services de santé à Kinshasa. Je vais maintenant vous lire une déclaration qui explique cette enquête.</p> <p>Notre équipe tente d'identifier et de rendre visite aux établissements de santé fournissant des services de planification familiale à Kinshasa. Nous aimerions vous poser des questions à propos des services de planification familiale offerts dans votre établissement, et observer vos registres de collecte de données. L'information concernant votre établissement pourra être utilisée par des organisations de santé en vue d'améliorer les services de planification familiale ou pour des études sur les services de santé. Les données recueillies sur votre établissement pourront également être utilisées par des chercheurs pour être analysées.</p> <p>Nous vous demandons de bien vouloir nous aider à assurer l'exactitude de l'information que nous collecterons. Si une autre personne s'avère plus à même de répondre à certaines questions de l'enquête, nous vous remercions de bien vouloir nous la présenter.</p> <p>Vous pouvez refuser de répondre aux questions qui vous seront posées autant de fois que vous le souhaitez, et décider d'arrêter l'enquête à tout moment. Avez-vous des questions sur cette enquête ?</p>			
M	Remettre un exemplaire papier du Formulaire de Consentement à la personne interrogée et lui expliquer ce dont il s'agit. Puis, demander : Puis-je commencer l'entretien à présent ?	Oui..... 1 Non..... 0	Aller à P si Non
O	Nom de l'enquêteur VEUILLEZ SAISIR VOTRE NOM EN TANT QUE TÉMOIN DU PROCESSUS DE CONSENTEMENT.		
P	Nom de l'établissement VEUILLEZ SAISIR LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT		

Questionnaire auprès des Sites de Prestation de Services

Q	Quel poste occupez-vous dans cet établissement? SÉLECTIONNEZ LE POSTE LE PLUS ÉLEVÉ DE LA PERSONNE INTERROGÉE.	Propriétaire 1 Responsable / Gérant 2 Membre du personnel 3																												
NO	QUESTIONS ET FILTRES	CATÉGORIES CODÉES	ALLER À																											
Section 1 – Information sur les services																														
J'aimerais d'abord vous poser des questions concernant les services offerts par cet établissement.																														
1	En quel mois et en quelle année cet établissement a-t-il commencé à offrir des services et/ou des produits de santé ? SAISIR 2020 SI NE SAIT PAS (NSP).	Mois Année																												
2	Combien de jours par semaine cet établissement est-il généralement ouvert ? SAISIR UN NOMBRE ENTRE 0 ET 7. SAISIR -88 SI NSP ET -99 SI PAS DE RÉPONSE.	Nombre de jours																												
3	J'ai maintenant quelques questions à vous poser sur le personnel de cet établissement. Combien de personnes avec les qualifications suivantes occupent actuellement un poste dans cet établissement ? Pour chaque qualification, veuillez m'indiquer le nombre total de travailleurs présents dans l'établissement aujourd'hui. Nous cherchons à connaître le poste le plus élevé que les membres du personnel occupent, indépendamment du travail mené au quotidien ou des études accomplies. SAISIR -88 SI NSP ET -77 SI N/A. 0 EST UNE RÉPONSE POSSIBLE.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nombre</th> <th>Présent le jour de l'enquête</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médecin.....</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>Infirmière/Sage-femme.....</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>Infirmière auxiliaire/Aide soignant.....</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>Officier paramédical</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>Officier clinique.....</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>Pharmacien</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>Distributeur de médicaments</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>Autre membre du personnel médical.....</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> </tbody> </table>		Nombre	Présent le jour de l'enquête	Médecin.....	—	—	Infirmière/Sage-femme.....	—	—	Infirmière auxiliaire/Aide soignant.....	—	—	Officier paramédical	—	—	Officier clinique.....	—	—	Pharmacien	—	—	Distributeur de médicaments	—	—	Autre membre du personnel médical.....	—	—	
	Nombre	Présent le jour de l'enquête																												
Médecin.....	—	—																												
Infirmière/Sage-femme.....	—	—																												
Infirmière auxiliaire/Aide soignant.....	—	—																												
Officier paramédical	—	—																												
Officier clinique.....	—	—																												
Pharmacien	—	—																												
Distributeur de médicaments	—	—																												
Autre membre du personnel médical.....	—	—																												
	CONTRÔLE Q. J: Type d'établissement?	Hôpital / Polyclinique 1 Centre de santé..... 2 Clinique 3 Poste de santé 4 Pharmacie 5 Boutique 6 Ligablo..... 7 Autre..... 96	Aller à 8 si J : 5 ou 6																											
4	Y a-t-il un professionnel de la santé présent dans l'établissement ou officiellement de garde à tout moment (24h/24) pour les urgences ?	Oui, 24h/24..... 1 Non, pas 24h/24 0																												
5	Connaissez-vous l'estimation de la taille de la population desservie par cet établissement, c'est-à-dire la population objective vivant dans la zone couverte par cet établissement de santé ?	Pas de zone de desserte..... 1 Oui, connaît la taille de la zone 2 Ne connaît pas la taille de la zone -88	Aller à 7 si Non ou NSP																											
6	Quelle est la taille de la population dans la zone de desserte?	Nombre d'habitants																												

Questionnaire auprès des Sites de Prestation de Services

	VEUILLEZ SAISIR LE NOMBRE D'HABITANTS DANS LA ZONE DESSERVIE PAR L'ÉTABLISSEMENT.			
7	De combien de lits cet établissement dispose t-il? 0 EST UNE RÉPONSE POSSIBLE. SAISIR -88 SI NSP.	Nombre de lits		
8	À quand remonte la dernière fois que le propriétaire de cet établissement ou un responsable ne travaillant pas sur place est venu vous rendre visite ?	Jamais de supervision externe..... 0 Il y a moins de 6 mois..... 1 Il y a plus de 6 mois..... 2 NSP -88		
9	Y a t-il l'électricité aujourd'hui ? SÉLECTIONNEZ UNE RÉPONSE POUR L'ÉLECTRICITÉ COURANTE UNIQUEMENT. SI L'ÉLECTRICITÉ A ÉTÉ COUPÉE PENDANT PLUS DE DEUX HEURES AUJOURD'HUI, SÉLECTIONNEZ NON.	Oui..... 1 Non..... 0		
10	Y a t-il l'eau courante aujourd'hui ? SÉLECTIONNEZ UNE RÉPONSE POUR L'EAU COURANTE UNIQUEMENT. SI L'EAU A ÉTÉ COUPÉE PENDANT PLUS DE DEUX HEURES AUJOURD'HUI, SÉLECTIONNEZ NON.	Oui..... 1 Non..... 0		
	CONTRÔLE Q. J: Type d'établissement?	Hôpital / Polyclinique 1 Centre de santé..... 2 Clinique 3 Poste de santé 4 Pharmacie 5 Boutique 6 Ligablo..... 7 Autre..... 96		Aller à 13 si J : 5 ou 6
11	Combien d'installations pour se laver les mains sont disponibles pour le personnel ? SAISIR -88 SI NSP, -99 SI PAS DE RÉPONSE	Nombre d'installations		Aller à 13 si 0
12	Demandez à voir l'installation la plus proche pour se laver les mains. Une fois devant l'installation, OBSERVEZ: Il y a du savon Il y a de l'eau: eau stockée Il y a de l'eau: eau du robinet..... L'installation pour se laver les mains se trouve à proximité d'une installation d'assainissement..... Aucun des éléments ci-dessus SÉLECTIONNEZ TOUT CE QUI APPLIQUE		Oui 1 1 1 1 -88	Non 0 0 0 0
13	L'établissement dispose t-il d'un ordinateur en état de marche ? PAS BESOIN DE L'OBSERVER.	Oui..... 1 Non..... 0		
	CONTRÔLE Q. J: Type d'établissement?	Hôpital / Polyclinique 1		Aller à 15 si J :

Questionnaire auprès des Sites de Prestation de Services

		Centre de santé..... 2 Clinique 3 Poste de santé 4 Pharmacie 5 Boutique 6 Ligablo..... 7 Autre..... 96	5 ou 6
14	Comment cet établissement jette-t-il les objets tranchants ou les boîtes remplies d'objets tranchants ?	Jamais de déchets tranchants..... 0 Brûlés dans incinérateur..... 1 Brûlés dehors 2 Jetés sans brûler 3 Transportés hors du site..... 4 Autre..... 5	
Section 2 – Services de planification familiale			
J'aimerais maintenant vous poser des questions sur les services de planification familiale fournis par cet établissement.			
15	Votre établissement offre t-il généralement des services ou des produits de planification familiale ?	Oui..... 1 Non..... 0	Aller à 19 si Non
16	En quels mois et quelle année cet établissement a-t-il commencé à offrir des services/ produits de planification familiale ? SAISIR JAN 2020 SI NSP.	Mois Année	
17	Combien de jours par semaine les services/ produits de planification familiale sont-ils offerts ou vendus ici ? SAISIR UN CHIFFRE ENTRE 0 ET 7. SAISIR 0 POUR MOINS D'1 JOUR PAR SEMAINE. SAISIR -88 SI NSP, -99 SI PAS DE RÉPONSE.	Nombre de jours	
18	Des services ou produits de planification familiale sont-ils offerts ici aujourd'hui ?	Oui..... 1 Non..... 0	
	CONTRÔLE Q. J: Type d'établissement?	Hôpital / Polyclinique 1 Centre de santé..... 2 Clinique 3 Poste de santé 4 Pharmacie 5 Boutique 6 Ligablo..... 7 Autre..... 96	Aller à 23 si J : 5 ou 6
19	Cet établissement apporte t-il un soutien ou offre t-il des produits de planification familiale à des relais communautaires ?	Oui..... 1 Non..... 0	Aller à 22 si Non
20	Combien de relais communautaires sont soutenus par cet établissement? SAISIR -88 SI NSP, -99 SI PAS DE RÉPONSE	Nombre de relais communautaire	
21	Les relais communautaires distribuent-ils les produits contraceptifs suivants :		Oui Non
	Condoms/Préservatifs.....	1 0
	Pilule	1 0
	Injectables.....	1 0
22	Combien de fois au cours des 12 derniers	Nombre de fois:	

Questionnaire auprès des Sites de Prestation de Services

	<p>mois une équipe mobile faisant du porte à porte est-elle venue vous rendre visite pour vous offrir des services de planification familiale supplémentaires ?</p> <p>SAISIR -88 SI NSP, -99 SI PAS DE RÉPONSE. 0 EST UNE RÉPONSE POSSIBLE.</p>																																	
	<p>CONTRÔLE Q. 15: Offre des services/produits de PF?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 0</p>		<p>Aller à 25 si Non</p>																														
23	<p>Cet établissement fait-il généralement payer des frais aux patients pour les consultations ou les services de planification familiale ?</p> <p>CELA INCLUT TOUS LES FRAIS, Y COMPRIS CEUX D'INSCRIPTION ET DE MISE À JOUR DE L'HISTORIQUE MÉDICAL DU CLIENT.</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 0</p>		<p>Aller à 25 si Non</p>																														
24	<p>Les tarifs sont-ils affichés de manière à ce que les clients puissent les voir ?</p> <p>SI OUI, LES TARIFS AFFICHÉS DOIVENT POUVOIR ÊTRE VUS PAR L'ENQUÊTEUR.</p>	<p>Oui, tous les prix sont affichés 1</p> <p>Oui, certains mais pas tous les prix..... 2</p> <p>Pas de prix affiché..... 0</p>																																
25	<p>Collectez-vous de l'information sur l'opinion des clients des manières suivantes :</p> <p>Boîte à idées</p> <p>Formulaire à remplir</p> <p>Entretien en face à face</p> <p>Réunions officielles avec les leaders communautaires.....</p> <p>Discussions informelles avec les clients ou la communauté.....</p> <p>Rétroalimentation des clients directement au personnel</p> <p>Autre.....</p> <p>NSP.....</p> <p>Aucun des éléments ci-dessus</p> <p>SÉLECTIONNEZ TOUS LES MOYENS UTILISÉS.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Boîte à idées</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Formulaire à remplir</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Entretien en face à face</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Réunions officielles avec les leaders communautaires.....</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Discussions informelles avec les clients ou la communauté.....</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Rétroalimentation des clients directement au personnel</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Autre.....</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>NSP.....</td> <td>-88</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aucun des éléments ci-dessus</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Boîte à idées	1	0	Formulaire à remplir	1	0	Entretien en face à face	1	0	Réunions officielles avec les leaders communautaires.....	1	0	Discussions informelles avec les clients ou la communauté.....	1	0	Rétroalimentation des clients directement au personnel	1	0	Autre.....	1	0	NSP.....	-88		Aucun des éléments ci-dessus				<p>Aller à si 29 « Aucun des éléments ci-dessus »</p>
	Oui	Non																																
Boîte à idées	1	0																																
Formulaire à remplir	1	0																																
Entretien en face à face	1	0																																
Réunions officielles avec les leaders communautaires.....	1	0																																
Discussions informelles avec les clients ou la communauté.....	1	0																																
Rétroalimentation des clients directement au personnel	1	0																																
Autre.....	1	0																																
NSP.....	-88																																	
Aucun des éléments ci-dessus																																		
26	<p>Y a-t-il une procédure pour analyser ou rapporter les opinions des clients ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 0</p>		<p>Aller à 28 si Non</p>																														
27	<p>Demandez à voir un rapport ou formulaire sur lequel les résultats sont agrégés ou les discussions avec les clients rapportées.</p>	<p>Report seen..... 1</p> <p>Rapport non observé..... 2</p>																																
28	<p>Au cours des 12 derniers mois, cet établissement a-t-il opéré un changement suite à l'opinion de clients ?</p> <p>SI OUI, INDIQUEZ SI LE(S) CHANGEMENT(S)(NT) UN SUJET DE LA LISTE.</p>	<p>Non..... 0</p> <p>Oui, changement concernant les services, horaires d'ouverture, ou la façon dont les services sont fournis..... 1</p> <p>Oui, changement pour le confort du client.... 2</p> <p>Autre..... 3</p> <p>NSP..... -88</p>																																
29	<p>Au cours des 6 derniers mois, y a-t-il eu des réunions où les statistiques de services (ou inventaires) de planification</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 0</p>		<p>Aller à 31 si Non</p>																														

Questionnaire auprès des Sites de Prestation de Services

	familiale ont été discutées avec le personnel ?								
30	Utilisez-vous les outils suivants pour suivre et évaluer les données de services? Graphiques..... Rapports écrits..... Autre..... Rien n'a pu être vu..... DEMANDEZ À VOIR LES RAPPORTS, GRAPHIQUES OU NOTES DE SERVICE MONTRANT QUE LES DONNÉES ONT ÉTÉ ANALYSÉES. SÉLECTIONNEZ TOUS LES TYPES PERTINENTS DE DOCUMENTATION OBSERVÉE.					Oui 1 1 1 1	Non 0 0 0 0		
	CONTRÔLE Q. 15: Offre des services/produits de PF?	Oui.....	1	Non.....	0			Aller à 40 si Non	
31	Cet établissement conseille, fournit, prescrit ou facture t-il les méthodes de contraception suivantes : Stérilisation féminine..... Stérilisation masculine..... Implant..... DIU..... Injectables..... Pilule..... Pilule du lendemain..... Condom masculin..... Condom féminin..... Diaphragme..... Mousse/Gelée spermicide..... Méthode des jours fixes/Collier du cycle..... LAM..... Retrait..... Con: Conseillée; Fou: Fournie; Pre: Prescrit ; Pay: payant LIRE À VOIX HAUTE TOUTES LES OPTIONS.	<u>Con</u> <u>Oui</u>	<u>Con</u> <u>Non</u>	<u>Fou</u> <u>Oui</u>	<u>Fou</u> <u>Non</u>	<u>Pre</u> <u>Oui</u>	<u>Pre</u> <u>Non</u>	<u>Pay</u> <u>Oui</u>	Aller à 33 si gratuit
32	Quel est le prix à l'unité de chaque méthode fournie? Stérilisation féminine..... Stérilisation masculine..... Implant..... DIU..... Injectables..... Pilule..... Pilule du lendemain..... Condom masculin.....	Prix à l'unité							

Questionnaire auprès des Sites de Prestation de Services

	Condom féminin Diaphragme Mousse/Gelée spermicide Méthode des jours fixes/Collier du cycle SAISIR TOUS LES PRIX EN FRANCS CONGOLAIS. SAISIR -88 SI NSP, -99 SI PAS DE RÉPONSE. <i>Le logiciel ODK affichera uniquement les méthodes payantes sélectionnées dans la Q. 31.</i>		_____ _____ _____ _____	
	CONTRÔLE Q. 31 : Fournissez-vous des implants ?	Oui..... 1 Non..... 0		Aller à 35 si Non
33	Les jours où vous offrez des services de planification familiale, cet établissement dispose t-il de personnel formé à la pose d'implants ?	Oui..... 1 Non0		
34	Les jours où vous offrez des services de planification familiale, cet établissement dispose t-il de personnel formé au retrait d'implants ?	Oui..... 1 No..... 0		
	CONTRÔLE Q. 31 : Fournissez-vous des DIU/stérilets?	Oui..... 1 Non..... 0		Aller à 37 si Non
35	Les jours où vous offrez des services de planification familiale, cet établissement dispose t-il de personnel formé à la pose du stérilet ?	Oui..... 1 Non0		
36	Les jours où vous offrez des services de planification familiale, cet établissement dispose t-il de personnel formé au retrait du stérilet ?	Oui..... 1 Non..... 0		
	CONTRÔLE 31 : Fournissez-vous des implants?	Oui..... 1 Non..... 0		Aller à 38 si Non
37	Cet établissement dispose t-il du matériel suivant pour la pose et/ou le retrait d'implants : Gants propres Antiseptique Gaze stérile ou coton de laine Anesthésie locale Paquet d'implant scellé		Oui Non 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0	

Questionnaire auprès des Sites de Prestation de Services

	Lames de rasoir LIRE À VOIX HAUTE TOUS LES PRODUITS ET SÉLECTIONNER TOUS CEUX QUI S'APPLIQUENT. IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE LES OBSERVER.	1	0	
	CONTRÔLE Q. 31: Fournissez-vous des DIU?	Oui..... 1 Non..... 0			Aller à 39 si Non
38	Cet établissement dispose t-il du matériel suivant pour la pose et/ou le retrait du stérilet: Sponge-holding forceps Speculums (large and medium) Tenaculum Clamp Forceps Speculums (grand et moyen) Tenaculum Pincés LIRE À HAUTE VOIX TOUS LES PRODUITS ET SÉLECTIONNER TOUS CEUX QUI S'APPLIQUENT. IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE LES OBSERVER.		Oui	Non	
			1	0	
			1	0	
			1	0	
			1	0	
	CONTRÔLE Q. 15: Fournissez-vous des services/produits de PF ?	Oui..... 1 Non..... 0			Aller à 40 si Non
	CONTRÔLE Q. J: Type d'établissement?	Hôpital / Polyclinique 1 Centre de santé..... 2 Clinique 3 Poste de santé 4 Pharmacie 5 Boutique 6 Ligablo..... 7 Autre..... 96			39a si J:1-4, ou 7 39b si J: 5 ou 6
39a	DANS LES REGISTRES DE PLANIFICATION FAMILIALE: (1) nombre total de visites au planning familial (nouvelles visites ou de suivi) au cours du dernier mois révolu, pour chaque méthode. (2) nombre de nouveaux clients ayant reçu des services de planification familiale au cours du dernier mois révolu, pour chaque méthode.		<u>Nb total de visites</u>	<u>Nb de nouveaux clients</u>	
		Stérilisation féminine Stérilisation masculine Implant DIU Injectables	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	

Questionnaire auprès des Sites de Prestation de Services

	AU COURS DU MOIS RÉVOLU. SAISIR -88 SI NSP, -99 SI PAS DE RÉPONSE.	Pilule	—	—	
		Pilule du lendemain	—	—	
		Condom masculin	—	—	
		Condom féminin	—	—	
		Diaphragme	—	—	
		Mousse/Gelée	—	—	
		Collier du cycle	—	—	
39b	DANS LES REGISTRES DE PLANIFICATION FAMILIALE : Nombre total de produits de planification familiale vendus au cours du dernier mois révolu, pour chaque méthode SAISIR -88 SI NSP, -99 SI PAS DE RÉPONSE.	Implants.....	—	Nb de produits vendus	
		DIU	—		
		Injectables	—		
		Pilule.....	—		
		Pilule du lendemain	—		
		Condom masculin.....	—		
		Condom féminin	—		
		Diaphragme	—		
		Mousse/Gelée	—		
		Collier du cycle	—		
		—		
	CONTRÔLE Q. J: Type d'établissement?	Hôpital / Polyclinique	1		
		Centre de santé.....	2		
		Clinique	3		
		Poste de santé	4		
		Pharmacie	5		
		Boutique	6		
		Ligablo.....	7		
		Autre.....	96		Aller à 45 si J: 5 ou 6
40	Les services suivants sont-ils fournis dans cet établissement ? Prénatal..... Accouchement		Oui	Non	Aller à 45 si Non à postnatal et post-IVG .
	Postnatal		1	0	
	Post-IVG.....		1	0	
	LIRE À VOIX HAUTE TOUTES LES OPTIONS ET SÉLECTIONNER TOUTES CELLES QUI S'APPLIQUENT.		1	0	Aller à 43 si non à postnatal et oui à post-IVG
41	Le personnel parle t-il des sujets suivants avec les mères venant d'accoucher avant qu'elles ne quittent l'établissement avec leur nourrisson : Alimentation, nutrition et activité physique ... Santé mentale post-partum..... Retour à la fertilité		Oui	Non	
	Espacement et planification des grossesses		1	0	
	<u>Conseils sur les méthodes de PF:</u>		1	0	
	Méthode de l'allaitement		1	0	
	Méthodes de longue durée		1	0	
	Méthodes d'espacement des grossesses		1	0	
	Aucune des méthodes ci-dessus				

Questionnaire auprès des Sites de Prestation de Services

	LIRE À VOIX HAUTE TOUTES LES OPTIONS ET SÉLECTIONNER TOUTES CELLES QUI S'APPLIQUENT.				
42	L'établissement offre-t-il une méthode de planification familiale aux mères lors de leur visite postnatale ?	Oui..... 1 Non..... 0			
	CONTRÔLE Q. 40: Offrez-vous des services post-IVG?	Oui..... 1 Non..... 0			Aller à 45 si Non
43	Pendant les visites post-IVG, les thèmes suivants sont-ils abordés : Santé mentale après l'avortement Retour à la fertilité Espacement et planification des grossesses <u>Conseil sur les méthodes de PF:</u> Méthodes de longue durée Méthodes d'espacement des grossesses Aucune des méthodes ci-dessus LIRE À VOIX HAUTE TOUTES LES OPTIONS ET SÉLECTIONNER TOUTES CELLES QUI S'APPLIQUENT.		<u>Oui</u> 1 1 1 1 1 1	<u>Non</u> 0 0 0 0 0 0	
44	Offrez-vous des méthodes de planification familiale aux femmes lors de leur visite post-IVG?	Oui..... 1 Non..... 0			
45	Offrez-vous les services de planification familiale suivants aux adolescents non mariés ? Conseil sur les méthodes contraceptives Distribution d'une méthodes contraceptive .. Prescription/orientation pour obtenir des méthodes contraceptives Aucune des options ci-dessus LIRE À VOIX HAUTE TOUTES LES OPTIONS ET SÉLECTIONNER TOUTES CELLES QUI S'APPLIQUENT.		<u>Oui</u> 1 1 1 1	<u>Non</u> 0 0 0 0	
46	Cet établissement offre t-il des services de diagnostique, traitement ou prévention du VIH ?	Oui..... 1 Non..... 0			
47	Cet établissement offre t-il des services de diagnostique, traitement ou prévention de MST autres que le VIH?	Oui..... 1 Non..... 0			Aller à 30 si Non
	CONTRÔLE Q. 46: Offrez-vous des services VIH ?	Oui..... 1 Non..... 0			Aller à 50 si Non
48	Offrez-vous les services de planification familiale suivants au clientes qui vous consultent pour des services VIH ? Conseil sur la planification familiale Distribution de méthode contraceptive..... Prescription/Orientation pour obtenir des méthodes contraceptives Aucune des options ci-dessus LIRE À VOIX HAUTE TOUTES LES		<u>Oui</u> 1 1 1 1	<u>Non</u> 0 0 0 0	

Questionnaire auprès des Sites de Prestation de Services

OPTIONS ET SÉLECTIONNER TOUTES CELLES QUI S'APPLIQUENT.						
49	Lors d'une consultation pour le VIH, est-ce que vous :		<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>NSP</u>	
	Vous renseignez sur les intentions de reproduction du client ?.....					
	Parlez des méthodes de PF préférées du client ?.....	1	0	-88		
	Parlez d'une utilisation combinée de méthodes ?	1	0	-88		
	Fournissez des condoms?	1	0	-88		
	Donnez des instructions d'utilisation et parlez des effets secondaires de la méthode de PF choisie ?	1	0	-88		
Offrez une méthode de PF?.....	1	0	-88			
CONTRÔLE Q. 15: Offrez-vous des services/produits de PF ?		Oui.....	1	Non.....	0	Aller à 57 si Non
50	DEMANDEZ À VOIR LA SALLE DE CONSULTATION DE PLANIFICATION FAMILIALE. VÉRIFIEZ SI LES ÉLÉMENTS SUIVANTS SE TROUVENT DANS LA SALLE D'EXAMINATION OU DANS UNE SALLE ADJACENTE. O: Observé; RA: Rapporté, Pas vu; IND: Indisponible	Eau courante (du robinet).....	<u>O</u> 1	<u>RA</u> 2	<u>NA</u> -77	
		Autre source d'eau (seau avec couvercle ou pichet).....	1	2	-77	
		Eau dans un seau (eau réutilisée).....	1	2	-77	
		Savon pour mains.....	1	2	-77	
		Serviettes à usage unique.....	1	2	-77	
		Poubelle en plastique avec couvercle.....	1	2	-77	
		Boîte à objets tranchants.....	1	2	-77	
		Gants en latex jetables.....	1	2	-77	
		Désinfectant.....	1	2	-77	
		Aiguilles et seringues jetables.....	1	2	-77	
		Intimité auditive.....	1	2	-77	
		Intimité visuelle.....	1	2	-77	
		Table d'examen.....	1	2	-77	
		Documentation pédagogique sur la PF destinée aux clients.....	1	2	-77	
51	Évaluez les conditions d'hygiène et d'entretien du service de planification familiale.	Sol: balayé, pas de poussière ni de déchet visible.....		<u>Oui</u> 1	<u>Non</u> 0	
		Comptoir de réception/Tables/Chaises: nettoyés, pas de poussière ni de déchet visible.....		1	0	
		Équipement HS, papiers et boîtes dispersés, encombrant et salissant l'espace.....		1	0	
		Murs: raisonnablement propres.....		1	0	
		Portes: dommages mineurs ou inexistant.....		1	0	
		Murs: dommages mineurs ou inexistant.....		1	0	
		Toiture: dommages mineurs ou inexistant.....		1	0	
52	You said you provide the following methods. Can you show them to me? For all observed methods: have any been out of stock in the last 6 months?		<u>Ob</u>	<u>N.Ob.</u>	<u>RDS < 12 mo.</u>	
		Implants.....				
		DIU.....	1	0	1	
		Injectables.....	1	0	1	
		Pilule.....	1	0	1	
		Pilule du lendemain.....	1	0	1	
		Condom masculin.....	1	0	1	
		Condom féminin.....	1	0	1	
		Diaphragme.....	1	0	1	
Mousse/Gelée spermicide.....	1	0	1			

Questionnaire auprès des Sites de Prestation de Services

	<p>Méthodes des jours fixes/Collier du cycle</p> <p>..... 1 0 1</p> <p>..... 1 0 1</p> <p>..... 1 0 1</p> <p>..... 1 0 1</p> <p>Ob: Observé; N.Ob.: Non observé; RDS <12 mo.: Rupture de stock dans les 12 derniers mois</p> <p>SÉLECTIONNEZ “RDS <12 MO” SI LA MÉTHODE A ÉTÉ EN RUPTURE DE STOCK AU MOINS UNE FOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, MÊME SI ELLE EST EN STOCK LE JOUR DE L’ENQUÊTE.</p> <p>SI N.Ob. EST SÉLECTIONNÉ, RDS DOIT AUSSI L’ÊTRE ; Ob & N.Ob. NE PEUVENT PAS ÊTRE SÉLECTIONNÉS EN MÊME TEMPS ; Ob OU N.Ob. DOIVENT NÉCESSAIREMENT ÊTRE SÉLECTIONNÉS.</p>				
53	<p>OBSERVEZ L’ENDROIT OÙ LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT STOCKÉS ET ÉVALUEZ LES CONDITIONS SUIVANTES :</p> <p>Toutes les méthodes sont-elles hors du sol?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 0</p>			
54	<p>Toutes les méthodes sont-elles protégées de l’eau?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 0</p>			
55	<p>Toutes les méthodes sont-elles protégées du soleil?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 0</p>			
56	<p>La salle est-elle sans trace de rongeurs (rats, chauve-souris) ou insectes nuisibles (cafards, etc.) ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 0</p>			
<p>Remerciez la personne interrogée pour le temps qu’elle a bien voulu vous accorder. LA PERSONNE INTERROGÉE A TERMINÉ, MAIS VOUS DEVEZ ENCORE RÉPONDRE À 3 QUESTIONS EN SORTANT DE L’ÉTABLISSEMENT.</p>					
GEOREFERENCIATION ET RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE					
R	<p>Prenez un point GPS près de l’entrée de l’établissement.</p> <p>Enregistrez la localisation quand l’exactitude de celle-ci est inférieure à 6m.</p> <p>LES COORDONNÉES GPS NE PEUVENT ÊTRE COLLECTÉES QUE DE</p>	<p><i>Les instructions sont données automatiquement par le logiciel ODK.</i></p> <p>ENREGISTRER LES COORDONNÉES GPS</p>			

Questionnaire auprès des Sites de Prestation de Services

	DEHORS.		
	CONTRÔLE Q. 57: Consentement pour la photo?	Oui..... 1 Non..... 0	Aller à T si Non
S	Assurez-vous que personne ne figure sur la photo.	<i>Les instructions sont données automatiquement par le logiciel ODK.</i> PRENDRE LA PHOTO CHOISIR L'IMAGE	
T	Sélectionner le résultat du Questionnaire structure de santé	Terminée 1 Personne compétente pour répondre pas sur place..... 2 Reprogrammée 3 Refusée 4 En partie terminée 5 Autre..... 6	