

Questionnaire Site de Prestation de Santé (SPS)
--

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES	ALLER A								
IDENTIFICATION											
A	<p>Nom de l'enquêteur/enquêtrice: Est-ce bien votre nom?</p> <p>[ODK affichera le nom associé avec le numéro de série du téléphone]</p> <p><i>Cochez la case à côté du nom si c'est bien le votre puis sélectionnez « oui ». Ne cochez pas la case si ce n'est pas votre nom et sélectionnez « non » (appuyez longtemps pour décocher la case si nécessaire).</i></p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 0</p>									
	<p>Saisissez votre nom ci-dessous.</p> <p><i>Merci de saisir votre nom.</i></p>	Nom de l'enquêteur/enquêtrice									
B	<p>Date et heure locale.</p> <p>[ODK l'affichera]</p> <p>La date et l'heure affichées sont-elles correctes?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 0</p>	Aller à D si Oui								
C	Veillez saisir la date et l'heure	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Date</td> <td style="width: 15%;">Jour</td> <td style="width: 15%;">Mois</td> <td style="width: 15%;">Année</td> </tr> <tr> <td>Heure</td> <td>Heure</td> <td>Min</td> <td></td> </tr> </table>	Date	Jour	Mois	Année	Heure	Heure	Min		
Date	Jour	Mois	Année								
Heure	Heure	Min									
D1	Région	<p>Boucle du Mouhoun 1</p> <p>Cascades 2</p> <p>Centre 3</p> <p>Centre-Est 4</p> <p>Centre-Nord 5</p> <p>Centre-Ouest 6</p> <p>Centre-Sud 7</p> <p>Est 8</p> <p>Hauts-Bassins 9</p> <p>Nord 10</p> <p>Plateau-Central 11</p> <p>Sahel 12</p> <p>Sud-Ouest 13</p>									
D2	Province	ODK générera une liste déroulante des provinces dans la région sélectionnée à la Q.									
D3	Commune, Village	ODK générera une liste déroulante des communes ou villages dans la province sélectionnée									
D4	Zone de dénombrement	ODK générera une liste déroulante des zones de dénombrement dans le commune ou village sélectionné									
E	<p>Numéro de la structure de santé</p> <p><i>Veillez saisir le numéro de la structure de santé tel qu'il apparaît dans la liste des structures de santé.</i></p>	<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>									

Questionnaire Site de Prestation de Santé

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES	ALLER A
F	<p>Type de structure de santé</p> <p><i>Veillez sélectionner le type de structure de santé.</i></p>	Centre Hospitalier National 1 Centre Hospitalier Universitaire 2 Centre Hospitalier Régional 3 Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA)4 Centre de Santé et de Promotion Sociale..... 5 Hôpital / polyclinique / clinique privée 6 Centre de Santé privé 7 Pharmacie grossiste..... 8 Pharmacie 9 Dépôt pharmaceutique..... 10 Autre..... 96	
G	<p>Autorité de gestion</p> <p><i>Veillez sélectionner l'autorité de gestion de la structure de santé.</i></p>	Gouvernement 1 ONG 2 Confession religieuse..... 3 Privée 4 Autre..... 5	
H	<p>Une personne compétente est-elle présente et disponible aujourd'hui pour répondre à ce questionnaire?</p>	Oui..... 1 Non..... 0	Aller à QS57 si Non

CONSENTEMENT ECLAIRE

Veillez trouver la personne responsable des services (gérant et/ou chargé du planning familial) présent sur place. Veillez lui lire le message suivant :

Bonjour. Je m'appelle _____. Je suis ici en représentation Institut de Sciences de la Population pour aider le gouvernement et les communautés à mieux connaître les services de santé du pays. Je vais vous lire une déclaration qui explique de quoi traite cette enquête.

Votre structure de santé a été sélectionnée au hasard pour cette étude. Nous souhaitons vous poser des questions sur le planning familial et d'autres services de santé reproductive, puis nous vous demanderons l'accès aux registres des patients. Aucun nom de patient figurant dans les registres ne sera contrôlé, enregistré ou partagé. L'information sur votre structure de santé pourra être utilisée par des organisations de santé dans le but d'améliorer la planification des services ou pour de futures études sur les services de santé. Les données collectées dans votre structure de santé seront également analysées par des chercheurs. Cependant, le nom de votre structure de santé ne sera pas rendu public, et tout rapport publié par des chercheurs ayant utilisé les données de votre structure de santé ne présentera les résultats que sous forme agrégée afin que votre structure de santé ne soit pas identifiée.

Nous vous demandons de bien vouloir nous aider à nous assurer que l'information que nous collecterons est correcte. S'il y a des questions auxquelles une autre personne de la structure de santé est plus à même de répondre, n'hésitez pas à me mettre en contact avec elle.

Vous pouvez refuser de répondre à une ou plusieurs questions, et vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment. Avez-vous des questions concernant cette enquête ?

I	<p>Veillez remettre un exemplaire papier du Formulaire de Consentement à la personne interrogée et le lui expliquer. Ensuite, demandez:</p> <p>Puis-je commencer l'entretien à présent?</p>	Oui..... 1 Non..... 0	Aller à O si Non
	<p>Signature de l'enquêté(e)</p> <p><i>Veillez demander à l'enquêté(e) de signer ou de cocher la case en accord de leur participation.</i></p>	Recueillir la signature : Case à cocher: <input type="checkbox"/>	

Questionnaire Site de Prestation de Santé

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES	ALLER A
J	Nom de l'enquêteur/enquêtrice <i>Veillez cocher la case en tant que témoin au consentement. [ODK affichera le nom que vous avez déjà saisi]</i>	<input type="checkbox"/>	
K	Nom du SPS <i>Veillez saisir le nom de la structure de santé.</i>	<input type="text"/>	
L	Quel poste occupez-vous dans cette structure de santé <i>Sélectionnez le poste le plus élevé de la personne interrogée.</i>	Propriétaire..... 1 Gérant/Personne responsable 2 Personnel..... 3	
M	En quelle année avez-vous commencé travailler dans cet établissement? <i>Saisir Jan 2020 si ne sait pas.</i>	Mois <input type="text"/> Année <input type="text"/>	
N	Avez-vous déjà participé à une enquête de PMA2020 avant à cet établissement?	Oui..... 1 Non..... 0 Ne sait pas -88 Pas de réponse -99	
Section 1 – Information sur les services			
J'aimerais d'abord vous poser des questions concernant les services offerts par cette structure de santé.			
1	En quelle mois et année cette structure de santé a t-elle commencé à offrir des services et/ou des produits de santé? <i>Saisir JAN 2020 si ne sait pas</i>	Mois <input type="text"/> Année <input type="text"/>	
2	Combien de jours par semaine cette structure est-elle généralement ouverte? <i>Saisir un nombre entre 0 et 7. Saisir -88 si ne sait pas ou -99 si pas de réponse.</i>	Nombre de jours <input type="text"/>	

Questionnaire Site de Prestation de Santé

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES			ALLER A
3	<p>J'ai maintenant quelques questions à vous poser sur le personnel de cette structure de santé.</p> <p>Pour les prochaines questions, veuillez indiquer combien de personnes avec les qualifications suivantes occupent actuellement en poste dans cette structure de santé ?</p> <p>Enfin, veuillez m'indiquer le nombre total de travailleurs présents dans la structure de santé aujourd'hui.</p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Saisir -88 si ne sait pas et -99 si pas de réponse. Zéro est une réponse possible.</i></p>	Médecin Attaché de santé Infirmière diplômée d'Etat ou brevetée Sage-femme / Maïeuticien d'Etat..... Accoucheuses brevetées ou auxiliaires Agents itinérants de la santé ou agents communautaires de santé.... Garçons ou filles de salle..... Pharmaciens Gérants de dépôt pharmaceutique Autre membre du personnel médical.....	Nombre total — — — — — — — —	Présent aujourd'hui — — — — — — —	
	CONTROLE F: Type de structure de santé	Centre Hospitalier National 1 Centre Hospitalier Universitaire 2 Centre Hospitalier Régional 3 Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) 4 Centre de Santé et de Promotion Sociale..... 5 Hôpital / polyclinique / clinique privée 6 Centre de Santé privé 7 Pharmacie grossiste..... 8 Pharmacie 9 Dépôt pharmaceutique 10 Autre..... 96			Aller à 8 si F est 8, 9, 10
4	Y a-t-il un professionnel de la santé présent dans la structure de santé ou officiellement de garde à tout moment (24h/24) pour les urgences ?	Oui, 24h/24..... 1 Non, pas 24h/24 0 Pas de réponse -99			F ≠ 8,9,10
5	Connaissez-vous la taille de la population desservie par cette structure de santé, c'est à dire la population vivante dans la zone couverte par cette structure 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 Pas de réponse -99			Aller à 7 si Non ou NSP

Questionnaire Site de Prestation de Santé

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES	ALLER A
6	Quelle est la taille de la population dans la zone de desserte? <i>Veillez saisir le nombre d'habitants dans la zone desservie par la structure de santé.</i>	Nombre d'habitants <input type="text"/>	
7	De combien de lits cette structure de santé dispose-t-elle? <i>Zéro est une réponse possible. Saisir -88 si ne sait pas, -99 si pas de réponse</i>	Nombre de lits <input type="text"/>	
8	À quand remonte la dernière fois que le propriétaire de cette structure de santé ou un responsable ne travaillant pas sur place est venu vous rendre visite ?	Jamais de supervision externe..... 0 Il y au moins de 6 mois 1 Il y a plus de 6 mois 2 Ne sait pas -88 Pas de réponse -99	
9	Y a-t-il l'électricité aujourd'hui ? <i>Sélectionnez une réponse pour l'électricité courante uniquement. Si l'électricité a été coupée pendant plus de 2h aujourd'hui, sélectionnez « non. »</i>	Oui..... 1 Non..... 0	
10	Y a-t-il l'eau courante aujourd'hui ? <i>Sélectionnez une réponse pour l'eau courante uniquement. Si l'eau a été coupée pendant plus de 2h aujourd'hui, sélectionnez « non. »</i>	Oui..... 1 Non..... 0	
	CONTROLE F: Type de structure de santé	Centre Hospitalier National 1 Centre Hospitalier Universitaire 2 Centre Hospitalier Régional 3 Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA)4 Centre de Santé et de Promotion Sociale..... 5 Hôpital / polyclinique / clinique privée 6 Centre de Santé privé 7 Pharmacie grossiste..... 8 Pharmacie 9 Dépôt pharmaceutique 10 Autre..... 96	Aller à 13 si F est 8, 9, ou 10
11	Combien d'installations pour se laver les mains sont disponibles pour le personnel? <i>Saisir -88 si ne sait pas ou -99 si pas de réponse.</i>	Nombre d'installations <input type="text"/>	Aller à 13 si 0

Questionnaire Site de Prestation de Santé

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES		ALLER A	
12	<p>Demandez à voir l'installation la plus proche pour se laver les mains. Une fois devant l'installation, OBSERVER si:</p> <p><i>Sélectionnez tous les choix pertinents</i></p> <p>Il y a du savon.....</p> <p>Il y a de l'eau: eau stockée.....</p> <p>Il y a de l'eau: eau courante.....</p> <p>L'installation pour se laver les mains se trouve à proximité d'une installation d'assainissement.....</p> <p>Aucun des options ci-dessus</p> <p>N'a pas observé l'installation.....</p>		<p>Oui</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>-77</p> <p>-99</p>	<p>Non</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	
13	<p>La structure de santé dispose-t-elle d'un ordinateur en état de marche?</p> <p><i>Il n'est pas nécessaire d'observer l'ordinateur.</i></p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 0</p>			
	<p>CONTROLE F: Type de structure de santé?</p>	<p>Centre Hospitalier National 1</p> <p>Centre Hospitalier Universitaire 2</p> <p>Centre Hospitalier Régional 3</p> <p>Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA)4</p> <p>Centre de Santé et de Promotion Sociale 5</p> <p>Hôpital / polyclinique / clinique privée 6</p> <p>Centre de Santé privé 7</p> <p>Pharmacie grossiste..... 8</p> <p>Pharmacie 9</p> <p>Dépôt pharmaceutique 10</p> <p>Autre..... 96</p>		<p>Aller à 15 si F est 8,9, ou 10</p>	
14	<p>Que faites vous avec des objets tranchants ou des boîtes remplies d'objets tranchants?</p>	<p>Jamais de déchets tranchants 0</p> <p>Brûlés dans incinérateur 1</p> <p>Brûlés à l'aire libre..... 2</p> <p>Jetés sans brûler..... 3</p> <p>Transportés hors du site 4</p> <p>Autre..... 5</p> <p>Pas de réponse -99</p>			
Section 2 – Services de planning familial					
J'aimerais maintenant vous poser des questions sur les services de planning familial fournis par cette structure de santé.					
15	<p>Votre structure de santé offre-t-elle généralement des services ou des produits de planning familial?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 0</p>		<p>Aller à 19 si Non</p>	
16	<p>En quels mois et en quelle année cette structure de santé a-t-elle commencé à offrir des services/ produits de planning familial ?</p> <p>La personne a indiqué que la structure avait ouverte en [mois et année saisis à la Q. 1]</p> <p><i>Saisir JAN 2020 si ne sait pas.</i></p>	<p>Mois <input type="text"/></p> <p>Année <input type="text"/></p>			

Questionnaire Site de Prestation de Santé

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES	ALLER A																		
17	<p>Combien de jours par semaine les services/ produits de planning familial sont-ils offerts ou vendus ici ?</p> <p>La structure de santé est ouverte [jours saisi à la Q. 2] par semaine</p> <p><i>Saisir un chiffre entre 0 et 7. Saisir 0 si ouverte moins d'un jour par semaine. Saisir -88 si ne sait pas ou -99 si pas de réponse.</i></p>	<p>Nombre de jours <input type="text"/></p>																			
18	<p>Des services ou produits de planning familial sont-ils offerts ici aujourd'hui ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 0</p>																			
	<p>CONTROLE F: Type de structure de santé?</p>	<p>Centre Hospitalier National 1</p> <p>Centre Hospitalier Universitaire 2</p> <p>Centre Hospitalier Régional 3</p> <p>Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA)4</p> <p>Centre de Santé et de Promotion Sociale..... 5</p> <p>Hôpital / polyclinique / clinique privée 6</p> <p>Centre de Santé privé 7</p> <p>Pharmacie grossiste..... 8</p> <p>Pharmacie 9</p> <p>Dépôt pharmaceutique..... 10</p> <p>Autre..... 96</p>	<p>Aller à 23 si F est 8, 9, 10</p>																		
19	<p>Cette structure de santé apporte-t-elle un soutien ou offre-t-elle des produits de planning familial aux relais communautaires?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 0</p>	<p>Aller à 22 si Non</p>																		
20	<p>Combien des relais communautaires sont soutenus par cette structure de santé?</p> <p><i>Veillez saisir seulement les relais communautaires qui reçoivent la supervision, le soutien, ou les matériaux pour la planification familiale.</i></p> <p><i>Si d'autres relais communautaires ont été enregistrés comme employés à QS3, priez de ne les pas inclure ici.</i></p> <p><i>Saisir -88 si ne sait pas ou -99 si pas de réponse.</i></p>	<p>Nombre de relais communautaires <input type="text"/></p>																			
21	<p>Les relais communautaires distribuent-ils les produits contraceptifs suivants :</p> <p>Condoms.....</p> <p>Pilules.....</p> <p>Injectables.....</p> <p>Aucune des options ci-dessus</p> <p>Pas de réponse</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>-77</td> <td></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>-99</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	1	0	1	0	1	0	-77		-99		
	Oui	Non																			
.....	1	0																			
.....	1	0																			
.....	1	0																			
.....	-77																				
.....	-99																				
22	<p>Combien de fois au cours des 6 derniers mois une équipe mobile faisant du porte à porte est-elle venue vous rendre visite pour vous offrir des services de planning familial supplémentaires?</p> <p><i>Saisir -88 si ne sait pas ou -99 si pas de réponse. Zéro est une réponse possible.</i></p>	<p>Nombre de fois <input type="text"/></p>																			

Questionnaire Site de Prestation de Santé

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES		ALLER A
	CONTROLE 15: Offre des services/produits de PF?	Oui..... 1 Non..... 0		Aller à 25 si Non
23	Cette structure de santé fait-elle généralement payer des frais aux patients pour les consultations ou les services de planning familial? <i>Cela inclut tous les frais, y compris ceux d'inscription et de mise à jour de l'historique médical du client.</i>	Oui..... 1 Non..... 0		Aller à 25 si Non
24	Les tarifs sont-ils affichés de manière à ce que les clients puissent les voir? <i>Si oui, les tarifs affichés doivent être vus par l'enquêteur.</i>	Oui, tous les prix sont affichés 1 Certains, mais pas tous les prix sont affichés 2 Pas de prix affichés 0 Pas de réponse -99		
25	Recueillez-vous des informations sur l'opinion des clients des manières suivantes : <i>Veillez sélectionner toutes les méthodes concernées.</i>		<u>Oui</u> <u>Non</u>	
	Boîte à idées	1	0	Aller à 29 si « Aucun des éléments ci-dessus »
	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	
	Feedback des clients directement au personnel	1	0	
	Autre.....	1	0	
	Aucun des éléments ci-dessus	-77		
	Ne sait pas	-88		
	Pas de réponse	-99		
26	Y a-t-il une procédure pour analyser ou rapporter les opinions des clients ?	Oui..... 1 Non..... 0		Aller à 28 si Non
27	Demandez à voir un rapport ou un formulaire sur lequel les résultats sont agrégés ou les discussions avec les clients rapportées.	Rapport observé..... 1 Rapport non observé..... 2		
28	Au cours des 6 derniers mois, cette structure de santé a-t-elle mis en place un changement suite à l'opinion de clients? <i>Si oui, indiquez si le(s) changement(s) concernent un sujet de la liste ci-dessous.</i>	Non..... 0 Oui, changement concernant les services, horaires d'ouverture, ou la façon dont les services sont fournis 1 Oui, changement pour le confort du client ... 2 Autre..... 3 Ne sait pas -88 Pas de réponse -99		
	CONTRÔLE Q 15: Offre des services/produits de PF?	Oui..... 1 Non..... 0		Aller à 30 si Non

Questionnaire Site de Prestation de Santé

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES							ALLER A
29	Au cours des 6 derniers mois, y a-t-il eu des réunions où les statistiques de services (ou inventaires) de planning familial ont été discutées avec le personnel ?	Oui..... 1 Non..... 0							
30	Utilisez-vous les outils suivants pour suivre et évaluer les données de services? <i>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.</i> Graphiques..... Rapports écrits..... Autre..... Rien n'a pu être vu.....			<u>Oui</u> 1 1 1 1		<u>Non</u> 0 0 0 0			
	CONTRÔLE Q 15: Offre des services/produits de PF?	Oui..... 1 Non..... 0							Aller à 40 si Non
31	Cette structure de santé conseille, fournit, prescrit/réfère ou facture t-elle les méthodes de contraception suivantes : <i>Con: Conseillée; Fou: Fournie; Pre: Prescrite/Référée ; Pay: payante</i> <i>Lire à voix haute toutes les options.</i> Stérilisation féminine Stérilisation masculine Implants DIU/Stérilet Injectables – Sayana Press..... Injectables – Depo Provera Pilule Pilule du lendemain..... Condom masculin Condom féminin Diaphragme Mousse/Gelée spermicide Méthode des jours fixes/Collier du cycle..... MAMA Retrait.....	<u>Conseille</u> <u>Oui</u> <u>Non</u>		<u>Fournit/</u> <u>Oui</u> <u>Non</u>		<u>Prescrit/ réfère</u> <u>Oui</u> <u>Non</u>		<u>Fact ure /Pay ant</u> <u>Oui</u>	Aller à 33 si toutes les méthodes sont gratuites
		1	0	1	0	1	0	1	
		1	0	1	0	1	0	1	
		1	0	1	0	1	0	1	
		1	0	1	0	1	0	1	
		1	0	1	0	1	0	1	
		1	0	1	0	1	0	1	
		1	0	1	0	1	0	1	
		1	0	1	0	1	0	1	
		1	0	1	0	1	0	1	
		1	0	1	0	1	0	1	
		1	0	1	0	1	0	1	
		1	0	1	0	1	0	1	
		1	0	1	0	1	0	1	
		1	0	1	0	1	0	1	
		1	0	1	0	1	0	1	

Questionnaire Site de Prestation de Santé

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES	ALLER A
32	<p>Quel est le prix à l'unité de chaque méthode fournie?</p> <p><i>Tous les prix doivent être saisis en CFA</i></p> <p><i>Saisir -88 si ne sait pas ou -99 pour pas de réponse.</i></p> <p><i>[Le logiciel ODK affichera uniquement les méthodes payantes sélectionnées à QS31.]</i></p> <p>Stérilisation féminine</p> <p>Stérilisation masculine</p> <p>Implant</p> <p>DIU/Stérilet</p> <p>Injectables – Sayana Press.....</p> <p>Injectables – Depo Provera.....</p> <p>Pilule</p> <p>Pilule du lendemain.....</p> <p>Condom masculin</p> <p>Condom féminin</p> <p>Diaphragme</p> <p>Mousse/Gelée spermicide</p> <p>Méthode des jours fixes/Collier du cycle.....</p>	Prix à l'unité	
	CONTROLE F: Type de structure de santé?	Centre Hospitalier National 1 Centre Hospitalier Universitaire 2 Centre Hospitalier Régional 3 Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA)4 Centre de Santé et de Promotion Sociale..... 5 Hôpital / polyclinique / clinique privée 6 Centre de Santé privé 7 Pharmacie grossiste..... 8 Pharmacie 9 Dépôt pharmaceutique..... 10 Autre..... 96	Aller à 39b si F est 8 , 9 ou 10
	CONTROLE 31: Fournissez-vous des implants?	Oui..... 1 Non..... 0	Aller à 35 si Non
33	Les jours où vous offrez des services de planning familial, cette structure de santé dispose-t-elle de personnel formé à la pose d'implants ?	Oui..... 1 Non..... 0	
34	Les jours où vous offrez des services de planning familial, cette structure de santé dispose-t-elle de personnel formé au retrait d'implants?	Oui..... 1 No..... 0	
	CONTROLE 31: Fournissez-vous des DIU/stérilets?	Oui..... 1 Non..... 0	Aller à 37 si Non
35	Les jours où vous offrez des services de planning familial, cette structure de santé dispose-t-elle de personnel formé à la pose du DIU/stérilet?	Oui..... 1 Non..... 0	

Questionnaire Site de Prestation de Santé

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES		ALLER A
36	Les jours où vous offrez des services de planning familial, cette structure de santé dispose-t-elle de personnel formé au retrait du DIU/stérilet?	Oui.....	1	
		Non.....	0	
	CONTROLE 31: Fournissez-vous des implants?	Oui.....	1	Aller à 38 si Non
		Non.....	0	
37	<p>Cette structure de santé dispose-t-elle du matériel suivant pour la pose et/ou le retrait d'implants :</p> <p><i>Lisez tous les produits à voix haute et sélectionnez ceux qui sont pertinents. Il n'est pas nécessaire de les observer, mais les produits doivent être disponibles le jour de l'interview.</i></p> <p><i>Les produits doivent être disponibles le jour de l'enquête.</i></p>			
	Gants propres		<u>Oui</u>	<u>Non</u>
	Antiseptique		1	0
	Compresse stérile ou coton de laine.....		1	0
	Anesthésie locale		1	0
	Paquet d'implant scellé		1	0
	Lame de rasoir chirurgicale.....		1	0
	Aucune des options ci-dessus		-77	
	Pas de réponse		-99	
	CONTROLE 31: Fournissez-vous des DIU/stérilets?	Oui.....	1	Aller à 39 si Non
		Non.....	0	
38	<p>Cette structure de santé dispose-t-elle du matériel suivant pour la pose et/ou le retrait du DIU/stérilet:</p> <p><i>Lisez tous les produits à voix haute et sélectionnez ceux qui sont pertinents. Il n'est pas nécessaire de les observer, , mais les produits doivent être disponibles le jour de l'interview.</i></p> <p><i>Les produits doivent être disponibles le jour de l'enquête.</i></p>			
	Forceps pour éponges		<u>Oui</u>	<u>Non</u>
	Speculum (grand et moyen).....		1	0
	Tenailles		1	0
	Clamp.....		1	0
	Aucune des options ci-dessus		-77	0
	Pas de réponse		-99	

Questionnaire Site de Prestation de Santé

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES		ALLER A	
	CONTROLE F: Type de structure de santé	Centre Hospitalier National 1 Centre Hospitalier Universitaire 2 Centre Hospitalier Régional 3 Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA)4 Centre de Santé et de Promotion Sociale 5 Hôpital / polyclinique / clinique privée 6 Centre de Santé privé 7 Pharmacie grossiste 8 Pharmacie 9 Dépôt pharmaceutique 10 Autre 96		39a si F est # 39b si F est #	
39a	<p>Demander à voir les registres:</p> <p>(1) Nombre total de visites pour la planification familiale (nouvelles visites ou de suivi) au cours du dernier mois révolu, pour chaque méthode.</p> <p>(2) Nombre de nouveaux clients ayant reçu des services de planification familiale au cours du dernier mois révolu, pour chaque méthode.</p> <p><i>Au cours du dernier mois révolu uniquement. Saisir -88 si ne sait pas ou saisir -99 si pas de réponse.</i></p>	Stérilisation féminine Stérilisation masculine Implant DIU/Stérilet Injectables – Sayana Press .. Injectables – Depo Provera.. Pilule Pilule du lendemain..... Condom masculin Condom féminin Diaphragme Mousse/Gelée Collier du cycle.....	No total de visites _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	No de nouvelles clientes _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
39b	<p>Demandez à voir les registres :</p> <p>Nombre total de produits.</p> <p><i>Saisir -88 si ne sait pas ou -99 si pas de réponse.</i></p>	Implants..... DIU/Stérilet..... Injectables Pilule Pilule du lendemain..... Condom masculin Condom féminin Diaphragme..... Mousse/Gelée Collier du cycle.....	No. de unités vendues ou fournies _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
40	<p>Les services suivants sont-ils fournis dans cette structure de santé?</p> <p><i>Lire à voix haute toutes les options et sélectionner toutes celles qui sont pertinentes.</i></p> <p>Prénatal..... Accouchement Postnatal Post-avortement..... Aucune des options ci-dessus Pas de réponse</p>		Oui _____ 1 _____ 1 _____ 1 _____ 1 _____ -77 _____ -99	Non _____ 0 _____ 0 _____ 0 _____ 0 _____ 0	Aller à 45 si Non à postnatal, accouchement, et post-avortement. Aller à 43 si non à postnatal et oui à post-avortement.

Questionnaire Site de Prestation de Santé

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES			ALLER A
41	Le personnel parle t-il des sujets suivants avec les mères venant d'accoucher avant qu'elles ne quittent la structure de santé avec leur nourrisson :				
	<i>Lire à voix haute toutes les options et sélectionner toutes celles qui sont pertinentes.</i>		<u>Oui</u>	<u>Non</u>	
	Alimentation, nutrition et activité physique ...	.....	1	0	
	Santé mentale .....	.....	1	0	
	Retour à la fécondité .....	.....	1	0	
	Espacement et planification des grossesses .....	.....	1	0	
	<u>Conseils sur les méthodes de PF:</u>				
	Méthode d'Aménorrhée par l'allaitement (MAMA) .....	.....	1	0	
	Méthodes de planning familial de longue durée .....	.....	1	0	
	Méthodes de PF pour d'espacement des grossesses .....	.....	1	0	
	Aucune des méthodes ci-dessus .....	.....	-77		
Pas de réponse .....	.....	-99			
42	La structure de santé offre-t-elle une méthode de planification familiale aux mères lors de leur visite postnatale ?	Oui.....	1		
		Non.....	0		
	CONTROLE 40: Offrez-vous des services post-avortement ?	Oui.....	1		Aller à 45 si Non
		Non.....	0		
43	Pendant les visites post-avortement, les thèmes suivants sont-ils abordés :				
	<i>Lire à voix haute toutes les options et sélectionner toutes celles qui sont pertinentes.</i>		<u>Oui</u>	<u>Non</u>	
	Santé mentale .....	.....	1	0	
	Retour à la fécondité .....	.....	1	0	
	Espacement et planification des grossesses .....	.....	1	0	
	<u>Conseil sur les méthodes de PF:</u>				
	Méthodes de longue durée .....	.....	1	0	
	Méthodes d'espacement des grossesses ....	.....	1	0	
Aucune des méthodes ci-dessus .....	.....	-77			
Pas de réponse .....	.....	-99			
44	Offrez-vous des méthodes de planning familial aux femmes lors de leur visite post-avortement?	Oui.....	1		
		Non.....	0		

Questionnaire Site de Prestation de Santé

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES			ALLER A
45	<p>Offrez-vous les services de planning familial suivants aux adolescents non mariés?</p> <p><i>Lire à voix haute toutes les options et sélectionner toutes celles qui sont pertinentes.</i></p> <p>Fournit des conseils sur les méthodes contraceptives</p> <p>Fournit des méthodes contraceptives</p> <p>Prescrit/Fournit des ordonnances de référence pour des méthodes contraceptives</p> <p>Aucune des options ci-dessus</p> <p>Pas de réponse</p>		<p><u>Oui</u></p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>-77</p> <p>-99</p>	<p><u>Non</u></p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	
46	<p>Cette structure de santé offre-t-elle des services de dépistage, traitement ou prévention du VIH ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 0</p> <p>Pas de réponse -99</p>			
47	<p>Cette structure de santé offre-t-elle des services de dépistage, traitement ou prévention des IST autres que le VIH?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 0</p> <p>Pas de réponse -99</p>			
	<p>CONTROL F: Type de structure de santé?</p>	<p>Centre Hospitalier National 1</p> <p>Centre Hospitalier Universitaire 2</p> <p>Centre Hospitalier Régional 3</p> <p>Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA)4</p> <p>Centre de Santé et de Promotion Sociale..... 5</p> <p>Hôpital / polyclinique / clinique privée 6</p> <p>Centre de Santé privé 7</p> <p>Pharmacie grossiste..... 8</p> <p>Pharmacie 9</p> <p>Dépôt pharmaceutique 10</p> <p>Autre..... 96</p>			<p>Aller à 52 si F est 8, 9, ou 10</p>
	<p>CONTROLE 46: Offrez-vous des services VIH ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 0</p>			<p>Aller à 50 si Non</p>
48	<p>Offrez-vous les services de planning familial suivants aux clients qui vous consultent pour des services VIH ?</p> <p><i>Lire à voix haute toutes les options et sélectionner toutes celles qui sont pertinentes.</i></p> <p>Fournit des conseils sur les méthodes contraceptives</p> <p>Fournit des méthodes contraceptives</p> <p>Prescription/Fournit des ordonnances de référence pour des méthodes contraceptives</p> <p>Aucune des options ci-dessus</p> <p>Pas de réponse</p>		<p><u>Oui</u></p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>-77</p> <p>-99</p>	<p><u>Non</u></p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	

Questionnaire Site de Prestation de Santé

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES				ALLER A	
49	Lors d'une consultation pour le VIH, est-ce que vous:		Oui	Non	NSP		
	Vous renseignez sur les intentions de reproduction du client ?.....	.....	1	0	-88	
	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 planification familiale autre que les condoms?.....	.....	1	0	-88	
	CONTROLE 15: Offrez-vous des services/produits de PF ?	Oui.....	1	Non.....	0	Aller à 57 si Non	
50	Puis-je voir la salle où les consultations de planning familiale sont faites ?		O	N.Ob	IND	NSP	
	<i>Vérifiez si les éléments suivants se trouvent dans la salle d'examen ou dans une salle adjacente.</i>						
	<i>O: Observé; N.Ob : Non-observé mais indiqué ; IND : Indisponible</i>						
	<i>Vous devez répondre à toutes les éléments ou aucune des éléments ci-dessus.</i>						
	Eau courante (du robinet)	1	2	-77	-88		
	Autre source d'eau (seau avec couvercle ou pichet)	1	2	-77	-88		
	Eau dans un seau (eau réutilisée)	1	2	-77	-88		
	Savon pour mains	1	2	-77	-88		
	Serviettes à usage unique	1	2	-77	-88		
	Poubelle en plastique avec couvercle et doublure en plastique.....	1	2	-77	-88		
	Boîte à objets tranchants	1	2	-77	-88		
	Gants en latex jetables	1	2	-77	-88		
	Désinfectant	1	2	-77	-88		
	Aiguilles et seringues jetables.....	1	2	-77	-88		
	Intimité auditive	1	2	-77	-88		
Intimité visuelle	1	2	-77	-88			
Table d'examen	1	2	-77	-88			
	Documentation pédagogique sur la PF destinée aux clients						
51	OBSERVER : Évaluez les conditions d'hygiène et d'entretien du service de planning familial.		Oui	Non			
	Sol: balayé, pas de poussière ni de déchets visibles.....	1	0	0			
	Comptoir de réception/Tables/Chaises: nettoyés, pas de poussière ni de déchets visibles	1	0	0			
	Équipement cassé, papiers et boîtes encombrant et salissant l'espace.....	1	0	0			
	Murs: raisonnablement propres	1	0	0			
	Portes: dégâts mineurs ou inexistantes	1	0	0			
	Murs: dégâts mineurs ou inexistantes	1	0	0			
	Toiture: dégâts mineurs ou inexistantes.....	1	0	0			
52a	Vous avez mentionné que vous fournissez [METHODE], pouvez-vous me les montrer?	Stockée et observée	1			Aller à 52c si 1 ou 2	
		Stockée mais non-observée	2				
		En rupture de stock	3				
		Pas de réponse	-99				
52b	Combien de jours les [METHODES] ont-elles été en rupture de stock?	Nombre de fois <input type="text"/>				Aller à QS 53	
	<i>Saisir 1 si seulement aujourd'hui. Saisir -88 pour ne sait pas ou -99 pour pas de réponse</i>						

Questionnaire Site de Prestation de Santé

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES	ALLER A
52c	La [METHODE] a-t-elle été en rupture de stock à un moment donné au cours des 3 derniers mois?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 3 Pas de réponse 4	
53a	Puis-je voir la salle où les matériels contraceptifs sont stockés ? Si vous êtes déjà dans la salle, sélectionnez Oui.	Oui..... 1 Non..... 0	
53	Observez l'endroit où les méthodes contraceptives sont stockées et évaluez les conditions suivantes. Toutes les méthodes sont-elles stockées pas à même le sol?	Oui..... 1 Non..... 0	
54	Toutes les méthodes sont-elles protégées de l'eau?	Oui..... 1 Non..... 0	
55	Toutes les méthodes sont-elles protégées du soleil?	Oui..... 1 Non..... 0	
56	La salle est-elle sans trace de rongeurs (rats, chauve-souris) ou insectes nuisibles (cafards, etc.) ?	Oui..... 1 Non..... 0	
57	Veillez demander la permission de prendre une photo de l'entrée de la structure de santé. Avez-vous obtenu la permission de prendre la photo?	Oui..... 1 Non..... 0	Sauter P si Non

Remercier la personne interrogée pour le temps qu'il/elle a bien voulu vous accorder.

L'enquêté(e) a terminé, mais il vous reste d'autres questions à compléter en dehors de la structure de santé.

GEOREFERENCIATION ET RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE

O	Prenez les coordonnées GPS près de l'entrée de la structure. <i>Enregistrez les coordonnées lorsque la précision est inférieure à 6 mètres.</i>	SAISIR LES COORDONNÉES GPS	
	CONTROL 57: Consentement pour la photo?	Oui 1 Non 0	Aller à Q si Non
P	Assurez-vous que personne ne figure sur la photo.	PRENDRE LA PHOTO CHOISIR L'IMAGE	
Q	Combien de fois avez-vous rendu visite à cette structure de santé pour cette interview?	1 ^{ère} fois 1 2 ^{ème} fois 2 3 ^{ème} fois 3	
R	Enregistrez le résultat du Questionnaire SPS	Complété..... 1 Pas de personne compétente pour répondre lors de la visite 2 Différé 3 Refusé..... 4 Complété en partie..... 5 Autre 6	

