

|  |
|--|
| <b>Questionnaire Site de Prestation de Santé (SPS)</b> |
|--|

| NO                    | QUESTIONS ET FILTERS   | CATEGORIES CODEES  | PERTINEN<br>T SI : |      |       |  |  |  |        |     |  |  |  |  |          |
|-----------------------|--|--|--------------------|------|-------|--|--|--|--------|-----|--|--|--|--|----------|
| <b>IDENTIFICATION</b> |  |  |                    |      |       |  |  |  |        |     |  |  |  |  |          |
| 001a                  | <p><b>Nom de l'enquêteur/enquêtrice: Est-ce bien votre nom?</b></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>  | Toujours           |      |       |  |  |  |        |     |  |  |  |  |          |
| 001b                  | <p><b>Saisissez votre nom ci-dessous.</b></p> <p><i>Merci de saisir votre nom.</i></p>   | Nom de l'enquêteur/enquêtrice  | 001a=0             |      |       |  |  |  |        |     |  |  |  |  |          |
| 002a                  | <p><b>Date et heure locale.</b></p> <p>[ODK l'affichera]</p> <p><b>La date et l'heure affichées sont-elles correctes?</b></p>  | <p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 0</p>  | Toujours           |      |       |  |  |  |        |     |  |  |  |  |          |
| 002b                  | <p><b>Veillez saisir la date et l'heure</b></p>  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Date</th> <th style="text-align: center;">Mois</th> <th style="text-align: center;">Année</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Heures</th> <th style="text-align: center;">Min</th> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | Date               | Mois | Année |  |  |  | Heures | Min |  |  |  |  | 002a = 0 |
| Date                  | Mois   | Année  |                    |      |       |  |  |  |        |     |  |  |  |  |          |
|                       |  |  |                    |      |       |  |  |  |        |     |  |  |  |  |          |
| Heures                | Min  |  |                    |      |       |  |  |  |        |     |  |  |  |  |          |
|                       |  |  |                    |      |       |  |  |  |        |     |  |  |  |  |          |
| 003a                  | <p><b>Province</b></p>   | <p>Kinshasa ..... 1</p> <p>Kongo Central ..... 2</p>   | Toujours           |      |       |  |  |  |        |     |  |  |  |  |          |
| 003b                  | <p><b>Ville (Kinshasa) / District (Kongo Central)</b></p>  | ODK affichera une liste des villes ou des districts en fonction de la province sélectionnée.   | Toujours           |      |       |  |  |  |        |     |  |  |  |  |          |
| 003c                  | <p><b>Commune (Kinshasa) / Aire de santé (Kongo Central)</b></p>   | ODK affichera une liste des communes à Kinshasa OU des aires de santé à Kongo Central en fonction du province ou district sélectionné.   | Toujours           |      |       |  |  |  |        |     |  |  |  |  |          |
| 003d                  | <p><b>Quartier (Kinshasa) / Village (Kongo Central uniquement)</b></p>   | ODK affichera une liste des quartiers à Kinshasa et des villages à Kongo Central en fonction du commune ou de l'aire de santé sélectionnée.  | Toujours           |      |       |  |  |  |        |     |  |  |  |  |          |
| 004                   | <p><b>Zone de dénombrement</b></p>   | ODK affichera une liste de zones de dénombrement en fonction du quartier à Kinshasa ou village à Kongo Central sélectionné.  | Toujours           |      |       |  |  |  |        |     |  |  |  |  |          |
| 004a                  | <p><b>Zone de santé</b></p>  | ODK générera une liste déroulante des zones de santé dans le quartier ou le village sélectionné avant.   | Toujours           |      |       |  |  |  |        |     |  |  |  |  |          |

## Questionnaire Site de Prestation de Santé

| NO  | QUESTIONS ET FILTERS   | CATEGORIES CODEES   | PERTINENT SI : |
|-----|--|---|----------------|
| 005 | <b>Numéro de la structure de santé</b><br>Veuillez saisir le numéro de la structure de santé tel qu'il apparaît dans la liste des structures de santé. | <input type="text"/>  | Toujours       |
| 006 | <b>Type de structure de santé</b><br>Veuillez sélectionner le type de structure de santé.  | Hôpital / Polyclinique ..... 1<br>Clinique..... 2<br>Centre de santé ..... 3<br>Poste de santé..... 4<br>Pharmacie ..... 5<br>Boutique ..... 6<br>Ligablo ..... 7<br>Autre ..... 96 | Toujours       |
| 007 | <b>Autorité de gestion</b><br>Veuillez sélectionner l'autorité de gestion de la structure de santé.  | Gouvernement..... 1<br>ONG ..... 2<br>Confession religieuse ..... 3<br>Privée ..... 4<br>Autre ..... 5  | Toujours       |
| 008 | <b>Une personne compétente est-elle présente et disponible aujourd'hui pour répondre à ce questionnaire?</b>   | Oui ..... 1<br>Non ..... 0  | Toujours       |

**CONSENTEMENT ECLAIRE**

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

|      |  |                                    |       |
|------|--|------------------------------------|-------|
| 010a | <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 et Kongo Central. Je vais vous lire une déclaration qui explique de quoi traite cette enquête.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 ?</p> |                                    |       |
|      | <p>Veuillez remettre un exemplaire papier du Formulaire de Consentement à la personne interrogée et le lui expliquer. Ensuite, demandez:</p> <p><b>Puis-je commencer l'entretien à présent?</b></p>  | <p>Oui ..... 1<br/>Non ..... 0</p> | 008=1 |

Questionnaire Site de Prestation de Santé

| NO   | QUESTIONS ET FILTERS   | CATEGORIES CODEES   | PERTINENT SI : |
|--|--|---|----------------|
| 010b   | <b>Signature de l'enquêté(e)</b><br><i>Veillez demander à l'enquêté(e) de signer ou de cocher la case en accord de leur participation.</i>   | Recueillir la signature :<br><br>Case à cocher: <input type="checkbox"/>                                    | 009a = 1       |
| 010c   | <b>Nom de l'enquêteur/enquêtrice</b><br><i>Veillez cocher la case en tant que témoin au consentement. [ODK affichera le nom que vous avez déjà saisi]</i>  | <input type="text"/>  | 009a = 1       |
| 011  | <b>Nom du SPS</b><br><i>Veillez saisir le nom de la structure de santé.</i>  | <input type="text"/>  | 009a = 1       |
| 012  | <b>Quel poste occupez-vous dans cette structure de santé</b><br><i>Sélectionnez le poste le plus élevé de la personne interrogée.</i>  | Propriétaire ..... 1<br>Gérant/Personne responsable..... 2<br>Personnel ..... 3<br>Pas de réponse ..... -99 | 009a = 1       |
| 013  | <b>En quelle année avez-vous commencé à travailler dans cet établissement?</b><br><i>Saisir Jan 2020 si ne sait pas.</i>   | Mois <input type="text"/><br>Année <input type="text"/>   | 009a=1         |
| 014  | <b>Avez-vous déjà participé à une enquête de PMA2020 avant à cet établissement?</b>  | Oui ..... 1<br>Non ..... 0<br>Ne sait pas ..... -88<br>Pas de réponse ..... -99                             | 009a=1         |
| <b>Section 1 – Information sur les services</b>  |  |   |                |
| <i>J'aimerais d'abord vous poser des questions concernant les services offerts par cette structure de santé.</i> |  |   |                |
| 101  | <b>En quelle mois et année cette structure de santé a-t-elle commencé à offrir des services et/ou des produits de santé?</b><br><i>Saisir JAN 2020 si ne sait pas</i>  | Mois <input type="text"/><br>Année <input type="text"/>   | 009a = 1       |
| 102  | <b>Combien de jours par semaine cette structure est-elle généralement ouverte?</b><br><i>Saisir un nombre entre 0 et 7. Saisir 0 si moins d'une journée par semaine. Saisir -88 si ne sait pas ou -99 si pas de réponse.</i> | Nombre de jours <input type="text"/>  | 009a = 1       |
| 103  | <b>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 ?</b>  | Oui, 24h/24 ..... 1<br>Non, pas 24h/24 ..... 0<br>Pas de réponse ..... -99                                  | 006 ≠ 6 ou 7   |

Questionnaire Site de Prestation de Santé

| NO                                  | QUESTIONS ET FILTERS  | CATEGORIES CODEES   | PERTINENT SI : |              |                     |                 |  |  |                       |  |  |                                     |  |  |                      |  |  |                                     |  |  |                             |  |  |            |  |  |                                   |  |  |          |
|-------------------------------------|---|---|----------------|--------------|---------------------|-----------------|--|--|-----------------------|--|--|-------------------------------------|--|--|----------------------|--|--|-------------------------------------|--|--|-----------------------------|--|--|------------|--|--|-----------------------------------|--|--|----------|
| 104                                 | <p><b>J'ai maintenant quelques questions à vous poser sur le personnel de cette structure de santé.</b></p> <p><b>Pour les prochaines questions, veuillez indiquer combien de personnes avec les qualifications suivantes occupent actuellement en poste dans cette structure de santé ?</b></p> <p><b>Enfin, veuillez m'indiquer le nombre total de travailleurs présents dans la structure de santé aujourd'hui.</b></p> <p><b><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></b></p> <p><i>Saisir -88 si ne sait pas et -99 si pas de réponse. Zéro est une réponse possible.</i></p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nombre total</th> <th>Présent aujourd'hui</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Docteur/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/Assistant médical</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distributeur de médicaments</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pharmacien</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autre membre du personnel médical</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                | Nombre total | Présent aujourd'hui | Docteur/Médecin |  |  | Infirmière/Sage-femme |  |  | Infirmière auxiliaire/Aide soignant |  |  | Officier paramédical |  |  | Officier clinique/Assistant médical |  |  | Distributeur de médicaments |  |  | Pharmacien |  |  | Autre membre du personnel médical |  |  | 009a = 1 |
|                                     | Nombre total  | Présent aujourd'hui   |                |              |                     |                 |  |  |                       |  |  |                                     |  |  |                      |  |  |                                     |  |  |                             |  |  |            |  |  |                                   |  |  |          |
| Docteur/Médecin                     |   |   |                |              |                     |                 |  |  |                       |  |  |                                     |  |  |                      |  |  |                                     |  |  |                             |  |  |            |  |  |                                   |  |  |          |
| Infirmière/Sage-femme               |   |   |                |              |                     |                 |  |  |                       |  |  |                                     |  |  |                      |  |  |                                     |  |  |                             |  |  |            |  |  |                                   |  |  |          |
| Infirmière auxiliaire/Aide soignant |   |   |                |              |                     |                 |  |  |                       |  |  |                                     |  |  |                      |  |  |                                     |  |  |                             |  |  |            |  |  |                                   |  |  |          |
| Officier paramédical                |   |   |                |              |                     |                 |  |  |                       |  |  |                                     |  |  |                      |  |  |                                     |  |  |                             |  |  |            |  |  |                                   |  |  |          |
| Officier clinique/Assistant médical |   |   |                |              |                     |                 |  |  |                       |  |  |                                     |  |  |                      |  |  |                                     |  |  |                             |  |  |            |  |  |                                   |  |  |          |
| Distributeur de médicaments         |   |   |                |              |                     |                 |  |  |                       |  |  |                                     |  |  |                      |  |  |                                     |  |  |                             |  |  |            |  |  |                                   |  |  |          |
| Pharmacien                          |   |   |                |              |                     |                 |  |  |                       |  |  |                                     |  |  |                      |  |  |                                     |  |  |                             |  |  |            |  |  |                                   |  |  |          |
| Autre membre du personnel médical   |   |   |                |              |                     |                 |  |  |                       |  |  |                                     |  |  |                      |  |  |                                     |  |  |                             |  |  |            |  |  |                                   |  |  |          |
| 105a                                | <p><b>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?</b></p>   | Pas de zone de desserte ..... 1<br>Oui, connaît la taille de la zone ..... 2<br>Ne connaît pas la taille de la zone..... -88<br>Pas de réponse ..... -99  | 006 ≠ 6 ou 7   |              |                     |                 |  |  |                       |  |  |                                     |  |  |                      |  |  |                                     |  |  |                             |  |  |            |  |  |                                   |  |  |          |
| 105b                                | <p><b>Quelle est la taille de la population dans la zone de desserte?</b></p> <p><i>Veuillez saisir le nombre d'habitants dans la zone desservie par la structure de santé.</i></p>   | Nombre d'habitants <input type="text"/>   | 105a = 2       |              |                     |                 |  |  |                       |  |  |                                     |  |  |                      |  |  |                                     |  |  |                             |  |  |            |  |  |                                   |  |  |          |
| 106                                 | <p><b>De combien de lits cette structure de santé dispose-t-elle?</b></p> <p><i>Zéro est une réponse possible. Saisir -88 si ne sait pas, -99 si pas de réponse</i></p>   | Nombre de lits <input type="text"/>   | 006 ≠ 6 ou 7   |              |                     |                 |  |  |                       |  |  |                                     |  |  |                      |  |  |                                     |  |  |                             |  |  |            |  |  |                                   |  |  |          |
| 107                                 | <p><b>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?</b></p>  | Jamais de supervision externe ..... 0<br>Il y a au moins de 6 mois ..... 1<br>Il y a plus de 6 mois ..... 2<br>Ne sait pas ..... -88<br>Pas de réponse ..... -99  | 009a = 1       |              |                     |                 |  |  |                       |  |  |                                     |  |  |                      |  |  |                                     |  |  |                             |  |  |            |  |  |                                   |  |  |          |
| 108a                                | <p><b>Y a-t-il l'électricité à ce moment-là?</b></p> <p><i>Sélectionnez une réponse pour l'électricité courante uniquement.</i></p>   | Oui ..... 1<br>Non ..... 0<br>Pas de réponse ..... -99  | 009a = 1       |              |                     |                 |  |  |                       |  |  |                                     |  |  |                      |  |  |                                     |  |  |                             |  |  |            |  |  |                                   |  |  |          |
| 108b                                | <p><b>Pendant la journée d'aujourd'hui, le courant a-t-il été coupé pendant deux heures ou plus?</b></p>  | Oui ..... 1<br>Non ..... 0<br>Ne sait pas ..... -88<br>Pas de réponse ..... -99   | 009a = 1       |              |                     |                 |  |  |                       |  |  |                                     |  |  |                      |  |  |                                     |  |  |                             |  |  |            |  |  |                                   |  |  |          |
| 109a                                | <p><b>Y a-t-il l'eau courante à ce moment-là?</b></p> <p><i>Sélectionnez une réponse pour l'eau courante uniquement.</i></p>  | Oui ..... 1<br>Non ..... 0<br>Pas de réponse ..... -99  | 009a = 1       |              |                     |                 |  |  |                       |  |  |                                     |  |  |                      |  |  |                                     |  |  |                             |  |  |            |  |  |                                   |  |  |          |

Questionnaire Site de Prestation de Santé

| NO  | QUESTIONS ET FILTERS  | CATEGORIES CODEES   | PERTINENT SI : |
|---|---|---|----------------|
| 109b  | <b>Pendant la journée d'aujourd'hui, l'eau courante a-t-elle été coupée pendant deux heures ou plus?</b>  | Oui ..... 1<br>Non ..... 0<br>Ne sait pas ..... -88<br>Pas de réponse ..... -99   | 009a = 1       |
| 110   | <b>Combien d'installations pour se laver les mains sont disponibles pour le personnel?</b><br><i>Saisir -88 si ne sait pas ou -99 si pas de réponse.</i>  | Nombre d'installations <input type="text"/>   | 006 ≠ 6 ou 7   |
| 111   | <b>Puis-je voir l'installation la plus proche qui est utilisé par le personnel pour se laver les mains?</b><br><i>L'installation pour se laver les mains doit être accessible pour la majorité des prestataires de santé à l'établissement.</i><br><i>A l'installation pour se laver les mains, OBSERVEZ :</i><br><i>Sélectionnez tous les choix pertinents</i> | Il y a du savon ..... 1/0<br>Il y a de l'eau stockée ..... 1/0<br>Il y a de l'eau courante ..... 1/0<br>L'installation pour se laver les mains se trouve à proximité d'une installation d'assainissement ... 1/0<br>Aucun des options ci-dessus ..... -77<br>N'a pas observé l'installation ..... -99 | 110 ≠ 0        |
| <b>Section 2 – Services de planning familial</b>  |   |   |                |
| <i>J'aimerais maintenant vous poser des questions sur les services de planning familial fournis par cette structure de santé. S'il y a un autre prestataire mieux placé pour répondre à mes questions sur les services de planification familiale dans cet établissement, je serai reconnaissante si vous pouvez me référer à la personne appropriée.</i> |   |   |                |
| 201   | <b>Votre structure de santé offre-t-elle généralement des services ou des produits de planning familial?</b>  | Oui ..... 1<br>Non ..... 0<br>Pas de réponse ..... -99  | 009a=1         |
| 202   | <b>En quel mois et en quelle année cette structure de santé a-t-elle commencé à offrir des services/ produits de planning familial ?</b><br><i>La personne a indiqué que la structure avait ouverte en [mois et année saisis à la Q101]</i><br><i>Saisir JAN 2020 si ne sait pas.</i>   | Mois <input type="text"/><br>Année <input type="text"/>   | 201 = 1        |
| 203   | <b>Combien de jours par semaine les services/ produits de planning familial sont-ils offerts ou vendus ici ?</b><br><b>La structure de santé est ouverte [jours saisi à la Q102] par semaine</b><br><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>                 | Nombre de jours <input type="text"/>  | 201 = 1        |
| 204   | <b>Des services ou produits de planning familial sont-ils offerts ici aujourd'hui ?</b>   | Oui ..... 1<br>Non ..... 0<br>Pas de réponse ..... -99  | 201 = 1        |
| 205   | <b>Cette structure de santé apporte-t-elle un soutien ou offre-t-elle des produits de planning familial à des relais communautaires?</b>  | Oui ..... 1<br>Non ..... 0<br>Pas de réponse ..... -99  | 006 ≠ 6 ou 7   |

Questionnaire Site de Prestation de Santé

| NO                                      | QUESTIONS ET FILTERS  | CATEGORIES CODEES  | PERTINENT SI : |
|---|---|--|----------------|
| 206                                     | <p><b>Combien de relais communautaires sont soutenus par cette structure de santé?</b></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 QS 104, 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>  | 205 = 1        |
| 207                                     | <p><b>Les relais communautaires distribuent-ils les produits contraceptifs suivants :</b></p>   | <p>Condoms ..... 1/0</p> <p>Pilules ..... 1/0</p> <p>Injectables ..... 1/0</p> <p>Aucune des options ci-dessus.....-77</p> <p>Pas de réponse .....-99</p>  | 205 = 1        |
| 208                                     | <p><b>Combien de fois au cours des 12 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?</b></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>   | 201 = 1        |
| 209                                     | <p><b>Offrez-vous les services de planning familial suivants aux adolescents non mariés?</b></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 ..... 1/0</p> <p>Fournit des méthodes contraceptives ..... 1/0</p> <p>Prescrit/Fournit des ordonnances de référence pour des méthodes contraceptives ..... 1/0</p> <p>Aucune des options ci-dessus.....-77</p> <p>Pas de réponse .....-99</p>  | 201 = 1        |
| <b>SECTION 3 : FEEDBACK DES CLIENTS</b> |   |  |                |
| 301                                     | <p><b>Recueillez-vous des informations sur l'opinion des clients de la manière suivante :</b></p> <p><i>Veillez sélectionner toutes les méthodes concernées.</i></p>  | <p>Boîte à idées ..... 1/0</p> <p>Formulaire à remplir ..... 1/0</p> <p>Entretien en face à face ..... 1/0</p> <p>Réunions officielles avec les leaders communautaires ..... 1/0</p> <p>Discussions informelles avec les clients ou la communauté..... 1/0</p> <p>Autre ..... 1/0</p> <p>Aucun des éléments ci-dessus.....-77</p> <p>Ne sait pas .....-88</p> <p>Pas de réponse .....-99</p> | 009a = 1       |

## Questionnaire Site de Prestation de Santé

| NO  | QUESTIONS ET FILTERS   | CATEGORIES CODEES  | PERTINENT SI : |
|---|--|--|----------------|
| 302a  | <b>Y a t-il une procédure pour analyser ou rapporter les opinions des clients ?</b>  | Oui ..... 1<br>Non ..... 0   | 301 ≠ -77      |
| 302b  | <b>Demandez à voir un rapport ou un formulaire sur lequel les résultats sont agrégés ou les discussions avec les clients rapportées.</b>   | Rapport observé ..... 1<br>Rapport non observé ..... 2   | 302 = 1        |
| 303   | <b>Au cours des 12 derniers mois, cette structure de santé a-t-elle mis en place un changement suite à l'opinion de clients?</b><br><br><i>Si oui, indiquez si le(s) changement(s) concernent un sujet de la liste ci-dessous.</i>                             | Non ..... 0<br>Oui, changement concernant les services, horaires d'ouverture, ou la façon dont les services sont fournis ..... 1<br>Oui, changement pour le confort du client... 2<br>Autre ..... 3<br>Ne sait pas.....-88<br>Pas de réponse ..... -99   | 301 ≠ -77      |
| <b>SECTION 4 : OFFRE DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE</b> |  |  |                |
| 401a  | <b>Pour quelles des méthodes suivantes est-ce que les prestataires de cet établissement conseillent des femmes à propos des caractéristiques de la méthode, ses avantages, et ses effets secondaires ?</b><br><br><i>Lire à voix haute toutes les options.</i> | Stérilisation féminine ..... 1/0<br>Stérilisation masculine..... 1/0<br>Implants ..... 1/0<br>DIU/Stérilet ..... 1/0<br>Injectables-Depo Provera ..... 1/0<br>Injectables- Sayana Press..... 1/0<br>Pilule ..... 1/0<br>Pilule du lendemain / Contraception d'urgence1/0<br>Préservatifs masculin ..... 1/0<br>Condom féminin ..... 1/0<br>Diaphragme ..... 1/0<br>Mousse/Gelée spermicide ..... 1/0<br>Méthode des jours fixes/Collier du cycle ... 1/0<br>MAMA..... 1/0<br>La méthode du rythme ..... 1/0<br>Retrait ..... 1/0<br>Aucune des options ci-dessus ..... 1/0<br>Pas de réponse ..... -99 | 201= 1         |
| 401b  | <b>Les méthodes suivantes sont-elles fournies aux client(e)s de cet établissement ?</b><br><br><i>Lire à voix haute toutes les options.</i>  | Stérilisation féminine ..... 1/0<br>Stérilisation masculine..... 1/0<br>Implants ..... 1/0<br>DIU/Stérilet ..... 1/0<br>Injectables-Depo Provera ..... 1/0<br>Injectables- Sayana Press..... 1/0<br>Pilule ..... 1/0<br>Pilule du lendemain / Contraception d'urgence1/0<br>Préservatifs masculin ..... 1/0<br>Condom féminin ..... 1/0<br>Diaphragme ..... 1/0<br>Mousse/Gelée spermicide ..... 1/0<br>Méthode des jours fixes/Collier du cycle ... 1/0<br>Aucune des options ci-dessus ..... 1/0<br>Pas de réponse ..... -99   | 201= 1         |

## Questionnaire Site de Prestation de Santé

| NO   | QUESTIONS ET FILTERS   | CATEGORIES CODEES   | PERTINENT SI : |
|------|--|---|----------------|
| 401c | <p><b>La structure de santé fait-elle payer les client(e)s pour obtenir les méthodes suivantes ?</b></p> <p><i>Lire à voix haute toutes les options.</i></p> <p><i>[ODK affichera seulement les méthodes sélectionnées à 401b]</i></p>   | Stérilisation féminine ..... 1/0<br>Stérilisation masculine..... 1/0<br>Implants ..... 1/0<br>DIU/Stérilet ..... 1/0<br>Injectables-Depo Provera..... 1/0<br>Injectables- Sayana Press..... 1/0<br>Pilule ..... 1/0<br>Pilule du lendemain / Contraception d'urgence1/0<br>Préservatifs masculin ..... 1/0<br>Condom féminin ..... 1/0<br>Diaphragme ..... 1/0<br>Mousse/Gelée spermicide ..... 1/0<br>Méthode des jours fixes/Collier du cycle ... 1/0<br>Aucune des options ci-dessus ..... 1/0<br>Pas de réponse ..... -99 | 201= 1         |
| 401d | <p><b>Pour lesquelles des méthodes suivantes faites-vous référer la personne ou fournissez-vous une ordonnance à la cliente pour obtenir la méthode d'ailleurs ?</b></p> <p><i>Lire à voix haute toutes les options.</i></p> <p><i>[ODK affichera seulement les méthodes qui n'ont pas été sélectionnées à 401b]</i></p> | Stérilisation féminine ..... 1/0<br>Stérilisation masculine..... 1/0<br>Implants ..... 1/0<br>DIU/Stérilet ..... 1/0<br>Injectables-Depo Provera..... 1/0<br>Injectables- Sayana Press..... 1/0<br>Pilule ..... 1/0<br>Pilule du lendemain / Contraception d'urgence1/0<br>Préservatifs masculin ..... 1/0<br>Condom féminin ..... 1/0<br>Diaphragme ..... 1/0<br>Mousse/Gelée spermicide ..... 1/0<br>Méthode des jours fixes/Collier du cycle ... 1/0<br>Aucune des options ci-dessus ..... 1/0<br>Pas de réponse ..... -99 | 201= 1         |

## Questionnaire Site de Prestation de Santé

| NO  | QUESTIONS ET FILTERS  | CATEGORIES CODEES  | PERTINENT SI :                        |                   |  |  |   |  |  |  |   |  |                  |  |                               |  |                    |  |                             |  |  |  |   |  |                    |  |                   |  |            |  |                         |  |  |  |            |
|---|---|--|---------------------------------------|-------------------|--|--|---|--|--|--|---|--|------------------|--|-------------------------------|--|--------------------|--|-----------------------------|--|--|--|---|--|--------------------|--|-------------------|--|------------|--|-------------------------|--|--|--|------------|
| 402   | <p><b>Quel est le prix à l'unité de chaque méthode fournie?</b></p> <p><i>Tous les prix doivent être saisis en Francs congolais.</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 401c.]</i></p>   | <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="770 275 1126 347"></th> <th data-bbox="1126 275 1286 347">Montant par unité</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td data-bbox="770 347 1126 405">Stérilisation féminine (le coût total de la procédure)</td><td data-bbox="1126 347 1286 405"></td></tr> <tr><td data-bbox="770 405 1126 463">Stérilisation masculine (le coût total de la procédure)</td><td data-bbox="1126 405 1286 463"></td></tr> <tr><td data-bbox="770 463 1126 521">Implants (le coût total de l'implant et l'insertion)</td><td data-bbox="1126 463 1286 521"></td></tr> <tr><td data-bbox="770 521 1126 580">DIU/Stérilet (le coût total du DIU/Stérilet et l'insertion)</td><td data-bbox="1126 521 1286 580"></td></tr> <tr><td data-bbox="770 580 1126 638">Injectables-Depo</td><td data-bbox="1126 580 1286 638"></td></tr> <tr><td data-bbox="770 638 1126 696">Provera(une injection unique)</td><td data-bbox="1126 638 1286 696"></td></tr> <tr><td data-bbox="770 696 1126 754">Injectables-Sayana</td><td data-bbox="1126 696 1286 754"></td></tr> <tr><td data-bbox="770 754 1126 813">Press(une injection unique)</td><td data-bbox="1126 754 1286 813"></td></tr> <tr><td data-bbox="770 813 1126 871">Provisions de pilules pour une durée d'un mois</td><td data-bbox="1126 813 1286 871"></td></tr> <tr><td data-bbox="770 871 1126 929">Pilule de lendemain / contraception d'urgence (une dose individuelle)</td><td data-bbox="1126 871 1286 929"></td></tr> <tr><td data-bbox="770 929 1126 987">Un condom masculin</td><td data-bbox="1126 929 1286 987"></td></tr> <tr><td data-bbox="770 987 1126 1046">Un condom féminin</td><td data-bbox="1126 987 1286 1046"></td></tr> <tr><td data-bbox="770 1046 1126 1104">Diaphragme</td><td data-bbox="1126 1046 1286 1104"></td></tr> <tr><td data-bbox="770 1104 1126 1162">Mousse/Gelée spermicide</td><td data-bbox="1126 1104 1286 1162"></td></tr> <tr><td data-bbox="770 1162 1126 1220">Méthode des jours fixes / Collier du cycle</td><td data-bbox="1126 1162 1286 1220"></td></tr> </tbody> </table> |                                       | Montant par unité | Stérilisation féminine (le coût total de la procédure) |  | Stérilisation masculine (le coût total de la procédure) |  | Implants (le coût total de l'implant et l'insertion) |  | DIU/Stérilet (le coût total du DIU/Stérilet et l'insertion) |  | Injectables-Depo |  | Provera(une injection unique) |  | Injectables-Sayana |  | Press(une injection unique) |  | Provisions de pilules pour une durée d'un mois |  | Pilule de lendemain / contraception d'urgence (une dose individuelle) |  | Un condom masculin |  | Un condom féminin |  | Diaphragme |  | Mousse/Gelée spermicide |  | Méthode des jours fixes / Collier du cycle |  | 401c ≠ -77 |
|   | Montant par unité   |  |                                       |                   |  |  |   |  |  |  |   |  |                  |  |                               |  |                    |  |                             |  |  |  |   |  |                    |  |                   |  |            |  |                         |  |  |  |            |
| Stérilisation féminine (le coût total de la procédure)                |   |  |                                       |                   |  |  |   |  |  |  |   |  |                  |  |                               |  |                    |  |                             |  |  |  |   |  |                    |  |                   |  |            |  |                         |  |  |  |            |
| Stérilisation masculine (le coût total de la procédure)               |   |  |                                       |                   |  |  |   |  |  |  |   |  |                  |  |                               |  |                    |  |                             |  |  |  |   |  |                    |  |                   |  |            |  |                         |  |  |  |            |
| Implants (le coût total de l'implant et l'insertion)                  |   |  |                                       |                   |  |  |   |  |  |  |   |  |                  |  |                               |  |                    |  |                             |  |  |  |   |  |                    |  |                   |  |            |  |                         |  |  |  |            |
| DIU/Stérilet (le coût total du DIU/Stérilet et l'insertion)           |   |  |                                       |                   |  |  |   |  |  |  |   |  |                  |  |                               |  |                    |  |                             |  |  |  |   |  |                    |  |                   |  |            |  |                         |  |  |  |            |
| Injectables-Depo  |   |  |                                       |                   |  |  |   |  |  |  |   |  |                  |  |                               |  |                    |  |                             |  |  |  |   |  |                    |  |                   |  |            |  |                         |  |  |  |            |
| Provera(une injection unique)   |   |  |                                       |                   |  |  |   |  |  |  |   |  |                  |  |                               |  |                    |  |                             |  |  |  |   |  |                    |  |                   |  |            |  |                         |  |  |  |            |
| Injectables-Sayana  |   |  |                                       |                   |  |  |   |  |  |  |   |  |                  |  |                               |  |                    |  |                             |  |  |  |   |  |                    |  |                   |  |            |  |                         |  |  |  |            |
| Press(une injection unique)   |   |  |                                       |                   |  |  |   |  |  |  |   |  |                  |  |                               |  |                    |  |                             |  |  |  |   |  |                    |  |                   |  |            |  |                         |  |  |  |            |
| Provisions de pilules pour une durée d'un mois                        |   |  |                                       |                   |  |  |   |  |  |  |   |  |                  |  |                               |  |                    |  |                             |  |  |  |   |  |                    |  |                   |  |            |  |                         |  |  |  |            |
| Pilule de lendemain / contraception d'urgence (une dose individuelle) |   |  |                                       |                   |  |  |   |  |  |  |   |  |                  |  |                               |  |                    |  |                             |  |  |  |   |  |                    |  |                   |  |            |  |                         |  |  |  |            |
| Un condom masculin  |   |  |                                       |                   |  |  |   |  |  |  |   |  |                  |  |                               |  |                    |  |                             |  |  |  |   |  |                    |  |                   |  |            |  |                         |  |  |  |            |
| Un condom féminin   |   |  |                                       |                   |  |  |   |  |  |  |   |  |                  |  |                               |  |                    |  |                             |  |  |  |   |  |                    |  |                   |  |            |  |                         |  |  |  |            |
| Diaphragme  |   |  |                                       |                   |  |  |   |  |  |  |   |  |                  |  |                               |  |                    |  |                             |  |  |  |   |  |                    |  |                   |  |            |  |                         |  |  |  |            |
| Mousse/Gelée spermicide   |   |  |                                       |                   |  |  |   |  |  |  |   |  |                  |  |                               |  |                    |  |                             |  |  |  |   |  |                    |  |                   |  |            |  |                         |  |  |  |            |
| Méthode des jours fixes / Collier du cycle                            |   |  |                                       |                   |  |  |   |  |  |  |   |  |                  |  |                               |  |                    |  |                             |  |  |  |   |  |                    |  |                   |  |            |  |                         |  |  |  |            |
| 403   | <p><b>Est ce que les client(e)s de la planification familiale sont obligé(e)s de payer des frais pour être reçu à cet établissement, même si elles n'en reçoivent pas une méthode contraceptive?</b></p> <p><b>Ceux-ci peuvent inclure les frais généraux que l'établissement fait payer à toute personne accueillie ou peuvent être spécifiques aux client(e)s de planification familiale.</b></p> | <p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 0</p>  | 201=1                                 |                   |  |  |   |  |  |  |   |  |                  |  |                               |  |                    |  |                             |  |  |  |   |  |                    |  |                   |  |            |  |                         |  |  |  |            |
| 404   | <p><b>Les tarifs sont-ils affichés de manière à ce que les clients puissent les voir?</b></p> <p><i>Si oui, les tarifs affichés doivent être vus par l'enquêteur.</i></p>   | <p>Oui, tous les prix sont affichés..... 1</p> <p>Certains, mais pas tous les prix sont affichés ..... 2</p> <p>Pas de prix affichés ..... 0</p> <p>Pas de réponse .....-99</p>  | 403=1                                 |                   |  |  |   |  |  |  |   |  |                  |  |                               |  |                    |  |                             |  |  |  |   |  |                    |  |                   |  |            |  |                         |  |  |  |            |
| 405   | <p><b>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 ?</b></p>   | <p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 0</p>  | 006 ≠ 6 ou 7 ET<br>401b:<br>implant=1 |                   |  |  |   |  |  |  |   |  |                  |  |                               |  |                    |  |                             |  |  |  |   |  |                    |  |                   |  |            |  |                         |  |  |  |            |
| 406   | <p><b>Les jours où vous offrez des services de planning familial, cette structure de santé dispose-t-elle de personnel formé au retrait d'implants?</b></p>   | <p>Oui ..... 1</p> <p>No ..... 0</p>   | 006 ≠ 6 ou 7 ET<br>401b:<br>implant=1 |                   |  |  |   |  |  |  |   |  |                  |  |                               |  |                    |  |                             |  |  |  |   |  |                    |  |                   |  |            |  |                         |  |  |  |            |

Questionnaire Site de Prestation de Santé

| NO  | QUESTIONS ET FILTERS   | CATEGORIES CODEES   | PERTINENT SI :                        |
|-----|--|---|---------------------------------------|
| 407 | <b>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?</b>   | Oui ..... 1<br>Non ..... 0  | 006 ≠ 6 ou 7 ET<br>401b:<br>DIU=1     |
| 408 | <b>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?</b>  | Oui ..... 1<br>Non ..... 0  | 006 ≠ 6 ou 7 ET<br>401b:<br>DIU=1     |
| 409 | <b>Cette structure de santé dispose-t-elle du matériel suivant pour la pose et/ou le retrait d'implants :</b><br><br><i>Lisez tous les produits à voix haute et sélectionnez ceux qui sont pertinents. Il n'est pas nécessaire de les observez, mais les produits doivent être disponibles le jour de l'interview.</i><br><br><i>Les produits doivent être disponibles le jour de l'enquête.</i>     | Gants propres..... 1/0<br>Antiseptique..... 1/0<br>Compresse stérile ou coton de laine ..... 1/0<br>Anesthésie locale ..... 1/0<br>Paquet d'implant scellé ..... 1/0<br>Lame de rasoir chirurgicale ..... 1/0<br>Aucune des options ci-dessus ..... -77<br>Pas de réponse ..... -99 | 006 ≠ 6 ou 7 ET<br>401b:<br>implant=1 |
| 410 | <b>Cette structure de santé dispose-t-elle du matériel suivant pour la pose et/ou le retrait du DIU/stérilet:</b><br><br><i>Lisez tous les produits à voix haute et sélectionnez ceux qui sont pertinents. Il n'est pas nécessaire de les observez, mais les produits doivent être disponibles le jour de l'interview.</i><br><br><i>Les produits doivent être disponibles le jour de l'enquête.</i> | Forceps pour éponges ..... 1/0<br>Speculum (grand et moyen) ..... 1/0<br>Tenailles ..... 1/0<br>Clamp ..... 1/0<br>Aucune des options ci-dessus..... -77<br>Pas de réponse ..... -99  | 006 ≠ 6 ou 7 ET<br>401b:<br>DIU=1     |

Questionnaire Site de Prestation de Santé

| NO  | QUESTIONS ET FILTERS   | CATEGORIES CODEES  | PERTINENT SI : |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
|---|--|--|----------------|--------------------------------|------------------------|------------------------|---------------|--|----------------------------|--|----------------------------|---------|--------|--|---|--|-----------------|----------------------------|----------------|--|----------------------------|--|--------------|--------|------------------|--|---|--|--|-----------------|--|--|----------------|--|--|------------|--|--|--------------|--|--|------------------|--|--|-------------|
| 411a  | <p><b>Demander à voir les registres:</b><br/>                     (1) Nombre total de visites pour la planification familiale (nouvelles visites ou de suivi) au cours du dernier mois révolu, pour chaque méthode.<br/>                     (2) Nombre de nouveaux clients ayant reçu des services de planification familial au cours du dernier mois révolu, pour chaque méthode.<br/> <i>Au cours du dernier mois révolu uniquement. Saisir -88 si ne sait pas ou saisir -99 si pas de réponse.</i></p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>No. Visites totales</th> <th>No. Clientes nouvelles</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Stérilisation féminine</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Stérilisation masculine</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Implant</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DIU/Stérilet</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Injectables – Depo Provera</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Injectables – Sayana Press</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Pilule</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Pilule du lendemain / contraception d'urgence</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Condom masculin</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Condom féminin</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Diaphragme</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mousse/Gelée</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Collier du cycle</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> |                | No. Visites totales            | No. Clientes nouvelles | Stérilisation féminine |               |  | Stérilisation masculine    |  |                            | Implant |        |  | DIU/Stérilet                                  |  |                 | Injectables – Depo Provera |                |  | Injectables – Sayana Press |  |              | Pilule |                  |  | Pilule du lendemain / contraception d'urgence |  |  | Condom masculin |  |  | Condom féminin |  |  | Diaphragme |  |  | Mousse/Gelée |  |  | Collier du cycle |  |  | 006 = 1-5,8 |
|   | No. Visites totales  | No. Clientes nouvelles   |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Stérilisation féminine                        |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Stérilisation masculine                       |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Implant                                       |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| DIU/Stérilet                                  |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Injectables – Depo Provera                    |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Injectables – Sayana Press                    |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Pilule  |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Pilule du lendemain / contraception d'urgence |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Condom masculin                               |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Condom féminin                                |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Diaphragme                                    |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Mousse/Gelée                                  |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Collier du cycle                              |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| 411b  | <p><b>Demandez à voir les registres :</b><br/>                     Nombre total de produits.<br/> <i>Saisir -88 si ne sait pas ou -99 si pas de réponse.</i></p>   | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>No. unités vendues ou fournies</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Implant</td><td></td></tr> <tr><td>DIU/ Stérilet</td><td></td></tr> <tr><td>Injectables – Depo Provera</td><td></td></tr> <tr><td>Injectables – Sayana Press</td><td></td></tr> <tr><td>Pilule</td><td></td></tr> <tr><td>Pilule du lendemain / contraception d'urgence</td><td></td></tr> <tr><td>Condom masculin</td><td></td></tr> <tr><td>Condom féminin</td><td></td></tr> <tr><td>Diaphragme</td><td></td></tr> <tr><td>Mousse/Gelée</td><td></td></tr> <tr><td>Collier du cycle</td><td></td></tr> </tbody> </table>   |                | No. unités vendues ou fournies | Implant                |                        | DIU/ Stérilet |  | Injectables – Depo Provera |  | Injectables – Sayana Press |         | Pilule |  | Pilule du lendemain / contraception d'urgence |  | Condom masculin |                            | Condom féminin |  | Diaphragme                 |  | Mousse/Gelée |        | Collier du cycle |  | 006 = 6,7                                     |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
|   | No. unités vendues ou fournies   |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Implant                                       |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| DIU/ Stérilet                                 |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Injectables – Depo Provera                    |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Injectables – Sayana Press                    |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Pilule  |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Pilule du lendemain / contraception d'urgence |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Condom masculin                               |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Condom féminin                                |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Diaphragme                                    |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Mousse/Gelée                                  |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |
| Collier du cycle                              |  |  |                |                                |                        |                        |               |  |                            |  |                            |         |        |  |   |  |                 |                            |                |  |                            |  |              |        |                  |  |   |  |  |                 |  |  |                |  |  |            |  |  |              |  |  |                  |  |  |             |

Questionnaire Site de Prestation de Santé

| NO       | QUESTIONS ET FILTERS   | CATEGORIES CODEES  | PERTINENT SI :                 |                            |                |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |        |
|----------|--|--|--------------------------------|----------------------------|----------------|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|--------|
| 412      | <b>Au cours des 12 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 ?</b>   | Oui ..... 1<br>Non ..... 0<br>Pas de réponse ..... -99   | 201 = 1                        |                            |                |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |        |
| 413      | <b>Puis-je voir les planches murales, les graphiques, les rapports écrits, les notes ou d'autres matériels écrits produits avec les statistiques de services dans les 12 derniers mois ?</b><br><br><i>Sélectionnez tous les types pertinents de documentation observée.</i>   | Graphiques observées ..... 1/0<br>Rapports écrits observés..... 1/0<br>Observés autres moyens pour la revue des statistiques de services ..... 1/0<br>Rien n'a pu être vu ..... -77  | 412 = 1                        |                            |                |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |        |
| 414a     | <b>Puis-je voir la salle où les consultations de planning familial sont faites ?</b>   | Oui ..... 1<br>Non ..... 0<br>Pas de réponse ..... -99   | 201 = 1<br>ET 006a ≠<br>6 ou 7 |                            |                |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |        |
| 414b     | <b>Pour les éléments suivants, vérifiez si chaque élément se trouve soit dans la salle d'examen soit dans une salle adjacente.</b><br><br>Eau courante (du robinet) .....<br>Autre source d'eau (seau avec couvercle ou pichet) .....<br>Eau dans un seau (eau réutilisée) .....<br>Savon pour mains .....<br>Serviettes à usage unique.....<br>Poubelle en plastique avec couvercle et doublure en plastique .....<br>Boîte à objets tranchants .....<br>Gants en latex jetables.....<br>Désinfectant .....<br>Aiguilles et seringues jetables.....<br>Intimité auditive .....<br>Intimité visuelle.....<br>Table d'examen.....<br>Documentation pédagogique sur la PF destinée aux clients ..... | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Observés</th> <th>Déclarés mais pas observés</th> <th>Pas disponible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>-77</td></tr> </tbody> </table> | Observés                       | Déclarés mais pas observés | Pas disponible | 1 | 2 | -77 | 1 | 2 | -77 | 1 | 2 | -77 | 1 | 2 | -77 | 1 | 2 | -77 | 1 | 2 | -77 | 1 | 2 | -77 | 1 | 2 | -77 | 1 | 2 | -77 | 1 | 2 | -77 | 1 | 2 | -77 | 1 | 2 | -77 | 1 | 2 | -77 | 1 | 2 | -77 | 1 | 2 | -77 | 414a=1 |
| Observés | Déclarés mais pas observés   | Pas disponible   |                                |                            |                |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |        |
| 1        | 2  | -77  |                                |                            |                |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |        |
| 1        | 2  | -77  |                                |                            |                |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |        |
| 1        | 2  | -77  |                                |                            |                |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |        |
| 1        | 2  | -77  |                                |                            |                |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |        |
| 1        | 2  | -77  |                                |                            |                |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |        |
| 1        | 2  | -77  |                                |                            |                |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |        |
| 1        | 2  | -77  |                                |                            |                |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |        |
| 1        | 2  | -77  |                                |                            |                |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |        |
| 1        | 2  | -77  |                                |                            |                |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |        |
| 1        | 2  | -77  |                                |                            |                |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |        |
| 1        | 2  | -77  |                                |                            |                |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |        |
| 1        | 2  | -77  |                                |                            |                |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |        |
| 1        | 2  | -77  |                                |                            |                |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |        |
| 1        | 2  | -77  |                                |                            |                |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |        |
| 1        | 2  | -77  |                                |                            |                |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |        |
| 415      | <b>OBSERVER : Évaluez les conditions d'hygiène et d'entretien du service de planning familial.</b><br><br><i>Vous devez répondre à tous les éléments ou pas d'éléments</i>   | <u>Sol</u> : balayé, pas de poussière ni de déchets visibles ..... 1/0<br><u>Surfaces</u> : essuyé, pas de poussière ni de déchets visibles ..... 1/0<br>Espace arrangé et filtré ..... 1/0<br><u>Murs</u> : raisonnablement propres ..... 1/0<br><u>Portes</u> : dégâts mineurs ou inexistantes..... 1/0<br><u>Murs</u> : dégâts mineurs ou inexistantes ..... 1/0<br><u>Toiture</u> : dégâts mineurs ou inexistantes..... 1/0  | 414a = 1                       |                            |                |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |   |   |     |        |

## Questionnaire Site de Prestation de Santé

| NO   | QUESTIONS ET FILTERS   | CATEGORIES CODEES   | PERTINENT SI : |     |     |  |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |        |
|--|--|---|----------------|-----|-----|--|----------|----------|--|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|--------|
| 416a   | <p><b>Vous avez mentionné que vous fournissez [METHODE], pouvez-vous me les montrer?</b></p> <p><b>Si non, relancez : [METHODE] est-elle en rupture de stock aujourd'hui ?</b></p> <p>[416a-c seront répétées pour chaque méthode offerte à cet établissement selon les réponses de 401b, sauf la stérilisation féminine ou masculine]</p>       | <p>Stockée et observée ..... 1</p> <p>Stockée mais non-observée ..... 2</p> <p>En rupture de stock ..... 3</p> <p>Pas de réponse ..... -99</p>  | 201=1          |     |     |  |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |        |
| 416b   | <p><b>Combien de jours les [METHODES] ont-elles été en rupture de stock?</b></p> <p>[416a-c seront répétées pour chaque méthode offerte à cet établissement selon les réponses de 401b, sauf la stérilisation féminine ou masculine]</p> <p><i>Saisir 1 si seulement aujourd'hui. Saisir -88 pour ne sait pas ou -99 pour pas de réponse</i></p> | <p>Nombre de jours <input type="text"/></p>   | 416a = 3       |     |     |  |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |        |
| 416c   | <p><b>La [METHODE] a-t-elle été en rupture de stock à un moment donné au cours des 3 derniers mois?</b></p> <p>[416a-c seront répétées pour chaque méthode offerte à cet établissement selon les réponses de 401b, sauf la stérilisation féminine ou masculine]</p>  | <p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>Ne sait pas ..... 3</p> <p>Pas de réponse ..... 4</p>  | 416a=1 ou 2    |     |     |  |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |        |
| 417a   | <p><b>Puis-je voir la salle où les matériels contraceptifs sont stockés ?</b></p> <p>Si vous êtes déjà dans la salle, sélectionnez Oui.</p>  | <p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 0</p>   | 201=1          |     |     |  |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |        |
| 417b   | <p><b>Observez l'endroit où les méthodes contraceptives sont stockées et évaluez les conditions suivantes.</b></p>   | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Toutes les méthodes sont-elles stockées hors du sol?</td> <td><u>1</u></td> <td><u>0</u></td> </tr> <tr> <td>Toutes les méthodes sont-elles protégées de l'eau?</td> <td><u>1</u></td> <td><u>0</u></td> </tr> <tr> <td>Toutes les méthodes sont-elles protégées du soleil?</td> <td><u>1</u></td> <td><u>0</u></td> </tr> <tr> <td>La salle est-elle sans trace de rongeurs (rats, chauve-souris) ou insectes nuisibles (cafards, etc.) ?</td> <td><u>1</u></td> <td><u>0</u></td> </tr> </tbody> </table> |                | Oui | Non | Toutes les méthodes sont-elles stockées hors du sol? | <u>1</u> | <u>0</u> | Toutes les méthodes sont-elles protégées de l'eau? | <u>1</u> | <u>0</u> | Toutes les méthodes sont-elles protégées du soleil? | <u>1</u> | <u>0</u> | La salle est-elle sans trace de rongeurs (rats, chauve-souris) ou insectes nuisibles (cafards, etc.) ? | <u>1</u> | <u>0</u> | 417a=1 |
|  | Oui  | Non   |                |     |     |  |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |        |
| Toutes les méthodes sont-elles stockées hors du sol?   | <u>1</u>   | <u>0</u>  |                |     |     |  |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |        |
| Toutes les méthodes sont-elles protégées de l'eau?   | <u>1</u>   | <u>0</u>  |                |     |     |  |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |        |
| Toutes les méthodes sont-elles protégées du soleil?  | <u>1</u>   | <u>0</u>  |                |     |     |  |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |        |
| La salle est-elle sans trace de rongeurs (rats, chauve-souris) ou insectes nuisibles (cafards, etc.) ? | <u>1</u>   | <u>0</u>  |                |     |     |  |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |        |

**SECTION 5 : L'INTEGRATION DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE**

## Questionnaire Site de Prestation de Santé

| NO   | QUESTIONS ET FILTERS  | CATEGORIES CODEES  | PERTINENT SI :                    |
|------|---|--|-----------------------------------|
| 501  | <p><b>Les services suivants sont-ils fournis dans cette structure de santé?</b></p> <p><i>Lire à voix haute toutes les options et sélectionner toutes celles qui sont pertinentes.</i></p>  | Prénatal ..... 1/0<br>Accouchement..... 1/0<br>Postnatal ..... 1/0<br>Post-avortement..... 1/0<br>Aucune des options ci-dessus ..... -77<br>Pas de réponse ..... -99   | 009a = 1                          |
| 502  | <p><b>Parmi les thèmes suivants, lesquels sont discutés avec les mères venant d'accoucher ou lors de la première consultation postnatale ?</b></p> <p><i>Lire à voix haute toutes les options et sélectionner toutes celles qui sont pertinentes.</i></p>   | Retour à la fécondité ..... 1/0<br>Espacement et planification des grossesses 1/0<br>Allaitement immédiat et exclusif ..... 1/0<br>Méthodes de PF possible à utiliser en allaitant 1/0<br>MAMA et la transition aux autres méthodes 1/0<br>Les méthodes à longue durée d'action... 1/0<br>Aucune des méthodes ci-dessus..... -77<br>Pas de réponse ..... -99 | 501: Acc=1<br><br>OU<br>Postnat=1 |
| 503  | <p><b>La structure de santé offre-t-elle une méthode de planification familiale aux mères lors de leur visite postnatale ?</b></p>  | Oui ..... 1<br>Non ..... 0<br>Pas de réponse ..... -99   | 501:<br>Postnat = 1               |
| 504  | <p><b>Pendant les visites post-avortement, les thèmes suivants sont-ils abordés :</b></p> <p><i>Lire à voix haute toutes les options et sélectionner toutes celles qui sont pertinentes.</i></p>  | Santé mentale ..... 1/0<br>Retour à la fertilité ..... 1/0<br>Espacement et planification des grossesses 1/0<br>Conseil sur les méthodes de PF:<br>Méthodes de longue durée ..... 1/0<br>Méthodes d'espacement des grossesses . 1/0<br>Aucune des méthodes ci-dessus..... -77<br>Pas de réponse ..... -99  | 501: Post-avort = 1               |
| 505  | <p><b>Offrez-vous des méthodes de planning familial aux femmes lors de leur visite post-avortement?</b></p>   | Oui ..... 1<br>Non ..... 0   | 501: Post-avort = 1               |
| 506  | <p><b>Cette structure de santé offre-t-elle des services de dépistage, traitement ou prévention du VIH ?</b></p>  | Oui ..... 1<br>Non ..... 0<br>Pas de réponse ..... -99   | 009a = 1                          |
| 507  | <p><b>Cette structure de santé offre-t-elle des services de dépistage, traitement ou prévention des IST autres que le VIH?</b></p>  | Oui ..... 1<br>Non ..... 0<br>Pas de réponse ..... -99   | 009a = 1                          |
| 508a | <p><b>Quand un(e) client(e) vient pour des services de VIH, la structure de santé fournit-il/elle les condoms lors de la visite?</b></p> <p><i>Si l'enquêté(e) ne travail pas dans l'offre de services VIH, demandez s'il/elle peut vous référer à quelqu'un d'autre dans l'établissement qui fournissent ces services.</i></p> | Oui ..... 1<br>Non ..... 0<br>Ne sait pas..... -88<br>Pas de réponse ..... -99   | 506=1 ET<br>006a≠ 6 ou<br>7       |

## Questionnaire Site de Prestation de Santé

| NO   | QUESTIONS ET FILTERS   | CATEGORIES CODEES   | PERTINENT SI :               |
|--|--|---|------------------------------|
| 508b   | <b>La structure de santé offre-t-elle d'autres méthodes en dehors des condoms ?</b>  | Oui ..... 1<br>Non ..... 0<br>Ne sait pas.....-88<br>Pas de réponse .....-99  | 506=1 ET<br>006a≠ 6 ou<br>7  |
| 508c   | <b>La structure de santé offre-t-elle des informations sur où il/elle peut obtenir la contraception ailleurs ?</b>   | Oui ..... 1<br>Non ..... 0<br>Ne sait pas.....-88<br>Pas de réponse .....-99  | 508b=0<br>ET 006a≠ 6<br>ou 7 |
| 508d   | <b>Le client/cliente est-il/elle référé(e) dans l'établissement, hors de l'établissement, ou tous les deux ?</b>   | Dans l'établissement ..... 1<br>Hors de l'établissement ..... 0<br>Les deux ..... 3<br>Ne sait pas.....-88<br>Pas de réponse .....-99   | 508c=1 ET<br>006a≠ 6 ou<br>7 |
| <b>GEO REFERENCEMENT ET RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE</b>   |  |   |                              |
| 094  | <b>Veillez demander la permission de prendre une photo de l'entrée de la structure de santé.</b><br><br><b>Avez-vous obtenu la permission de prendre la photo?</b> | Oui ..... 1<br>Non ..... 0  | 009a=1                       |
| <b>Remercier la personne interrogée pour le temps qu'il/elle a bien voulu vous accorder.</b><br><i>L'enquête(e) a terminé, mais il vous reste d'autres questions à compléter en dehors de la structure de santé.</i> |  |   |                              |
| 095  | <b>Prenez les coordonnées GPS près de l'entrée de la structure.</b><br><i>Enregistrez les coordonnées lorsque la précision est inférieure à 6 mètres.</i>          | SAISIR LES COORDONNÉES GPS  | Toujours                     |
| 096  | Assurez-vous que personne ne figure sur la photo.  | PRENDRE LA PHOTO<br>CHOISIR L'IMAGE   | Toujours                     |
| 097  | <b>Combien de fois avez-vous rendu visite à cette structure de santé pour cette interview?</b>   | 1 <sup>ère</sup> fois ..... 1<br>2 <sup>ème</sup> fois ..... 2<br>3 <sup>ème</sup> fois ..... 3   | Toujours                     |
| 098  | <b>En quelle langue avez-vous effectué l'enquête ?</b>   | Français ..... 1<br>Lingala ..... 2<br>Kikongo ..... 3<br>Tshiluba ..... 4<br>Swahili ..... 5<br>Kintandu ..... 6<br>Manianga ..... 7<br>Kiyombe ..... 8<br>Kindibu ..... 9<br>Kilemfu ..... 10<br>Autre ..... 96 | 009a = 1                     |
| 099  | <b>Enregistrez le résultat du Questionnaire SPS</b>  | Complété ..... 1<br>Pas de personne compétente pour répondre lors de la visite ..... 2<br>Différé ..... 3<br>Refusé ..... 4   | Toujours                     |

Questionnaire Site de Prestation de Santé

| NO | QUESTIONS ET FILTERS | CATEGORIES CODEES                           | PERTINENT SI : |
|----|----------------------|---|----------------|
|    |                      | Complété en partie ..... 5<br>Autre ..... 6 |                |