



Questionnaire Site de Prestation de Santé (SPS)
--

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES	ALLER A								
IDENTIFICATION											
A	Nom de l'enquêteur/enquêtrice: Est-ce bien votre nom? [ODK affichera le nom associé avec le numéro de série du téléphone] <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>	Oui1 Non0									
	Saisissez votre nom ci-dessous. <i>Merci de saisir votre nom.</i>	Nom de l'enquêteur/enquêtrice									
B	Date et heure locale. [ODK l'affichera] La date et l'heure affichées sont-elles correctes?	Oui 1 Non 0	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: 25%;">Date</td> <td style="width: 25%;">Jour</td> <td style="width: 25%;">Mois</td> <td style="width: 25%;">Année</td> </tr> <tr> <td>Heure</td> <td>Heure</td> <td>Min</td> <td></td> </tr> </table>	Date	Jour	Mois	Année	Heure	Heure	Min		
Date	Jour	Mois	Année								
Heure	Heure	Min									
D	Commune	Barumba1 Bumbu.....2 Kalamu.....3 Kimbanseke4 Kinshasa5 Kintambo.....6 Kisenso7 Lemba8 Limete9 Lingwala.....10 Masina11 Matete12 Mont-Ngafula13 Ngaba14 Ngaliema.....15 Ngiringiri.....16 Salembao.....17									
D1	Quartier	ODK générera une liste déroulante des quartiers dans le commune sélectionné avant									
D2	Zone de santé	ODK générera une liste déroulante des zones de santés dans le quartier sélectionné avant									

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES	ALLER A
E	Numéro de la structure de santé <i>Veillez saisir le numéro de la structure de santé tel qu'il apparaît dans la liste des structures de santé.</i>	# _____	
F	Type de structure de santé <i>Veillez sélectionner le type de structure de santé.</i>	Hôpital / Polyclinique.....1 Clinique.....2 Centre de santé.....3 Poste de santé.....4 Pharmacie.....5 Boutique.....6 Ligablo.....7 Autre.....8	
G	Autorité de gestion <i>Veillez sélectionner l'autorité de gestion de la structure de santé.</i>	Gouvernement.....1 ONG.....2 Confession religieuse.....3 Privée.....4 Autre.....5	
H	Une personne compétente est-elle présente et disponible aujourd'hui pour répondre à ce questionnaire?	Oui.....1 Non.....0	Aller à O 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 :			
<p>Bonjour. Je m'appelle _____. Je suis ici en représentation du Ministère de la Santé et de l'École de Santé Publique de Kinshasa pour en savoir plus sur les services de santé à Kinshasa. Je vais maintenant vous lire une déclaration qui explique cette enquête.</p> <p>Notre équipe tente d'identifier et de rendre visite aux structures de santé fournissant des services de planification familiale à Kinshasa. Nous aimerions vous poser des questions à propos des services de planification familiale offerts dans votre structure de santé, et observer vos registres de collecte de données. L'information concernant votre structure de santé pourra être utilisée par des organisations de santé en vue d'améliorer les services de planification familiale ou pour des études sur les services de santé. Les données recueillies sur votre structure de santé pourront également être utilisées par des chercheurs pour être analysées.</p> <p>Nous vous demandons de bien vouloir nous aider à assurer l'exactitude de l'information que nous collecterons. Si une autre personne s'avère plus à même de répondre à certaines questions de l'enquête, nous vous remercions de bien vouloir nous la présenter.</p> <p>Vous pouvez refuser de répondre aux questions qui vous seront posées autant de fois que vous le souhaitez, et décider d'arrêter l'enquête à tout moment. Avez-vous des questions sur cette enquête ?</p>			
I	Veuillez remettre un exemplaire papier du Formulaire de Consentement à la personne interrogée et le lui expliquer. Ensuite, demandez: Puis-je commencer l'entretien à présent?	Oui.....1 Non.....0	Aller à O si Non

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES	ALLER A
	Signature de l'enquêté(e) <i>Veillez demander à l'enquêté(e) de signer ou de cocher la case en accord de leur participation.</i>	Recueillir la signature : Case à cocher: <input type="checkbox"/>	
J	Nom de l'enquêter/enquêtrice <i>Veillez saisir votre nom en tant que témoin au consentement. [ODK affichera le nom que vous avez déjà saisi]</i>		
K	Nom de la structure de santé <i>Veillez sélectionner le nom de la structure de santé.</i>	<i>ODK affichera une liste des SPS qui se trouve dans le quartier.</i>	
L	Quel poste occupez-vous dans cette structure de santé <i>Sélectionnez le poste le plus élevé de la personne interrogée.</i>	Propriétaire1 Gérant/Personne responsable2 Personnel.....3	
M	En quelle année avez-vous commencé travailler dans cet établissement? <i>Saisissez Jan 2020 pour Ne sait pas.</i>	Mois : Années :	
N	Avez-vous déjà participé à une enquête de PMA2020 avant à cet établissement ?	Oui1 Non0 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 : Année :	
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	

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>	<p>Docteur/Médecin.....</p> <p>Infirmière/Sage-femme</p> <p>Infirmière auxiliaire/Aide soignant</p> <p>Officier paramédical.....</p> <p>Officier clinique/Assistant médical</p> <p>Distributeur de médicaments ...</p> <p>Pharmacien.....</p> <p>Autre membre du personnel médical</p>	<p>Nombre total</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p>	<p>Présent aujourd'hui</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p>	
	<p>CONTROLE F: Type de structure de santé</p>	<p>Hôpital / Polyclinique.....1</p> <p>Clinique.....2</p> <p>Centre de santé3</p> <p>Poste de santé.....4</p> <p>Pharmacie.....5</p> <p>Boutique.....6</p> <p>Ligablo7</p> <p>Autre8</p>			<p>Aller à 8 si F est #</p>
4	<p>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 ?</p>	<p>Oui, 24h/241</p> <p>Non, pas 24h/24.....0</p> <p>Pas de réponse..... -99</p>			
5	<p>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?</p>	<p>Pas de zone de desserte1</p> <p>Oui, connaît la taille de la zone2</p> <p>Ne connaît pas la taille de la zone3</p> <p>Pas de réponse -99</p>			<p>Aller à 7 si Non ou NSP</p>
6	<p>Quelle est la taille de la population dans la zone de desserte?</p> <p><i>Veuillez saisir le nombre d'habitants dans la zone desservie par la structure de santé.</i></p>	<p>Nombre d'habitants</p>			
7	<p>De combien de lits cette structure de santé dispose-t-elle?</p> <p><i>Zéro est une réponse possible. Saisir -88 si ne sait pas, -99 si pas de réponse</i></p>	<p>Nombre de lits</p>			

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES		ALLER A
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 externe0 Il y a moins de 6 mois1 Il y a plus de 6 mois2 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>	Oui1 Non0		
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>	Oui1 Non0		
	CONTROLE F: Type de structure de santé	Hôpital / Polyclinique.....1 Clinique2 Centre de santé3 Poste de santé4 Pharmacie.....5 Boutique.....6 Ligablo7 Autre8		Aller à 13 si F est #
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		Aller à 13 si 0
12	Demandez à voir l'installation la plus proche pour se laver les mains. Une fois devant l'installation, OBSERVER si: <i>Sélectionnez tous les choix pertinents</i>		<u>Oui</u> 1 1 1 1 -88 1	<u>Non</u> 0 0 0 0 0 0
13	La structure de santé dispose-t-elle d'un ordinateur en état de marche? <i>Il n'est pas nécessaire d'observer l'ordinateur.</i>	Oui1 Non0 Pas de réponse -99		

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES	ALLER A
	CONTROLE F: Type de structure de santé?	Hôpital / Polyclinique.....1 Clinique.....2 Centre de santé.....3 Poste de santé.....4 Pharmacie.....5 Boutique.....6 Ligablo.....7 Autre.....8	Aller à 15 si F est #
14	Que faites-vous des objets tranchants ou des boîtes remplies d'objets tranchants?	Jamais de déchets tranchants.....0 Brûlés dans un incinérateur.....1 Brûlés à l'air libre.....2 Jetés sans brûler.....3 Transportés hors du site.....4 Autre.....5 Pas de réponse.....-99	
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	Votre structure de santé offre-t-elle généralement des services ou des produits de planning familial?	Oui.....1 Non.....0	Aller à 19 si Non
16	En quels mois et en quelle année cette structure de santé a-t-elle commencé à offrir des services/ produits de planning familial ? La personne a indiqué que la structure avait ouverte en [mois et année saisis à la Q. 1] <i>Saisir JAN 2020 si ne sait pas.</i>	Mois Année	
17	Combien de jours par semaine les services/ produits de planning familial sont-ils offerts ou vendus ici ? La structure de santé est ouverte [jours saisi à la Q. 2] par semaine <i>Saisir un chiffre entre 0 et 7. Saisir 0 pour moins d'1 jour par semaine. Saisir -88 si ne sait pas ou -99 si pas de réponse.</i>	Nombre de jours	
18	Des services ou produits de planning familial sont-ils offerts ici aujourd'hui ?	Oui.....1 Non.....0	
	CONTROLE F: Type de structure de santé?	Hôpital / Polyclinique.....1 Clinique.....2 Centre de santé.....3 Poste de santé.....4 Pharmacie.....5 Boutique.....6 Ligablo.....7 Autre.....8	Aller à 23 si F est #

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES		ALLER A
19	Cette structure de santé apporte-t-elle un soutien ou offre-t-elle des produits de planning familial aux relais communautaires?	Oui1 Non0		Aller à 22 si Non
20	Combien de relais communautaires sont soutenus par cette structure de santé? <i>Veillez saisir seulement les relais communautaires qui reçoivent la supervision, le soutien, ou les matériaux pour la planification familiale.</i> <i>Si d'autres relais communautaires ont été enregistrés comme employés en QS3, priez de ne les pas inclure.</i> <i>Saisir -88 si ne sait pas ou -99 si pas de réponse.</i>	Nombre de relais communautaires :		
21	Les relais communautaires distribuent-ils les produits contraceptifs suivants : Condoms Pilules Injectables..... Aucune des options ci-dessus Pas de réponse.....		<u>Oui</u> 1 1 1 -77 -99	<u>Non</u> 0 0 0
22	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? <i>Saisir -88 si ne sait pas ou -99 si pas de réponse. Zéro est une réponse possible.</i>	Nombre de fois:		
	CONTROLE 15: Offre des services/produits de PF?	Oui1 Non0		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>	Oui1 Non0		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 affichés2 Pas de prix affichés.....0 Pas de réponse-99		

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES		ALLER A
25	Recueillez-vous des informations sur l'opinion des clients des manières suivantes :			
	<i>Veillez sélectionner toutes les méthodes concernées.</i>			
	Boîte à idées.....		<u>Oui</u> 1	<u>Non</u> 0
	Formulaire à remplir.....		1	0
	Entretien en face à face.....		1	0
	Réunions officielles avec les leaders communautaires		1	0
	Discussions informelles avec les clients ou la communauté		1	0
	Feedback des clients directement au personnel		1	0
	Autre		1	0
	Aucun des éléments ci-dessus		-88	
Ne sait pas.....		-99		
	Pas de réponse			
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?	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	
	<i>Si oui, indiquez si le(s) changement(s) concernent un sujet de la liste ci-dessous.</i>	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
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	

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES						ALLER A	
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.....								
	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 telle les méthodes de contraception suivantes :								
	{ODK AFFICHERA UNE IMAGE DE SAYANA PRESSE POUR REFERENCE}								
	<i>Con: Conseillée; Fou: Fournie; Pre: Prescrite/Référée ; Pay: payante</i>								
	<i>Lire à voix haute toutes les options.</i>								
		<u>Co</u> <u>n</u> <u>Oui</u>	<u>Con</u> <u>Non</u>	<u>Fou</u> <u>Oui</u>	<u>Fou</u> <u>Non</u>	<u>Pre</u> <u>Oui</u>	<u>Pre</u> <u>Non</u>	<u>Pay</u> <u>Oui</u>	Aller à 33 si toutes les méthodes sont gratuites
	Stérilisation féminine.....		0	1	0	1	0	1	
	Stérilisation masculine	1	0	1	0	1	0	1	
	Implants	1	0	1	0	1	0	1	
	DIU/Stérilet	1	0	1	0	1	0	1	
	Injectable- Sayana Press	1			0	1	0	1	
	Injectable- Depo Provera		0	1	0	1	0	1	
	Pilule	1	0	1	0	1	0	1	
	Pilule du lendemain	1	0	1	0	1	0	1	
	Condom masculin	1	0	1	0	1	0	1	
	Condom féminin.....	1	0	1	0	1	0	1	
Diaphragme	1	0	1	0	1	0	1		
Mousse/Gelée spermicide	1	0	1	0	1	0	1		
Méthode des jours fixes/Collier du cycle.....	1	0	1	0	1	1	1		
MAMA	1	0	1	0	1	1	1		
Retrait	1	0	1	0	1	1	1		
	1								

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 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 QS31.]</i></p> <p>Stérilisation féminine.....</p> <p>Stérilisation masculine.....</p> <p>Implant.....</p> <p>DIU/Stérilet.....</p> <p>Injectable- Sayana Press.....</p> <p>Injectable- 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?	Hôpital / Polyclinique.....1 Clinique.....2 Centre de santé.....3 Poste de santé.....4 Pharmacie.....5 Boutique.....6 Ligablo.....7 Autre.....8	Aller à 39b si F est #
	CONTROLE 31: Fournissez-vous des implants?	Oui.....1 Non.....0	Aller à 37 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	

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>		<u>Oui</u>	<u>Non</u>	
	Gants propres		1	0	
	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		-88		
	Aucune des options ci-dessus		-99		
	Pas de réponse				
	CONTROLE 31: Fournissez-vous des DIU/stérilets?	Oui	1		Aller à 38a 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>		<u>Oui</u>	<u>Non</u>	
	Forceps pour éponges		1	0	
	Speculum (grand et moyen)		1	0	
	Tenailles		1	0	
	Clamp		1	0	
	Forceps		1	0	
	Aucune des options ci-dessus		-77		
	Pas de réponse		-99		
	CHECK 31: Fournissez-vous de Sayana Press?	Oui	1		Aller à 39 si Non
		Non	0		

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES		ALLER A																																				
38a	Combien d'injections de Sayana Press ont été faites au cours du dernier mois révolu? Saisissez -88 si Ne sait pas, -99 si Pas de réponse.	Nombre _____																																						
38b	Combien d'injections de Sayana Press ont été faites à de nouvelles utilisatrices (nouvelles visites)? Saisissez -88 si Ne sait pas, -99 si Pas de réponse.	Nombre _____																																						
38c	Combien d'injections de Sayana Press ont été faites à des utilisatrices continuant cette méthode (visites continues)? Saisissez -88 si Ne sait pas, -99 si Pas de réponse.	Nombre _____																																						
38d	Combien d'injections de Sayana Press ont été vendues au cours du dernier mois révolu? Saisissez -88 si Ne sait pas, -99 si Pas de réponse.	Nombre _____																																						
	CONTROLE F: Type de structure de santé	Hôpital / Polyclinique.....1 Clinique2 Centre de santé3 Poste de santé4 Pharmacie.....5 Boutique.....6 Ligablo7 Autre8		39a si F est # 39b si F est #																																				
39a	Demander à voir les registres: (1) Nombre total de visites pour la planification familiale (nouvelles visites ou de suivi) au cours du dernier mois révolu, pour chaque méthode. (2) Nombre de nouveaux clients ayant reçu des services de planification familiale au cours du dernier mois révolu, pour chaque méthode. <i>Au cours du dernier mois révolu uniquement. Saisir -88 si ne sait pas ou saisir -99 si pas de réponse.</i>		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>No total de visites</th> <th>No de nouvelles clientes</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/.....</td><td>—</td><td>—</td></tr> <tr><td>Pilule</td><td>—</td><td>—</td></tr> <tr><td>Pilule du lendemain</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 total de visites	No de nouvelles clientes	Stérilisation féminine.....	—	—	Stérilisation masculine	—	—	Implant	—	—	DIU/.....	—	—	Pilule	—	—	Pilule du lendemain	—	—	Condom masculin	—	—	Condom féminin	—	—	Diaphragme	—	—	Mousse/Gelée	—	—	Collier du cycle	—	—	
	No total de visites	No de nouvelles clientes																																						
Stérilisation féminine.....	—	—																																						
Stérilisation masculine	—	—																																						
Implant	—	—																																						
DIU/.....	—	—																																						
Pilule	—	—																																						
Pilule du lendemain	—	—																																						
Condom masculin	—	—																																						
Condom féminin	—	—																																						
Diaphragme	—	—																																						
Mousse/Gelée	—	—																																						
Collier du cycle	—	—																																						

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES		ALLER A																				
39b	Demandez à voir les registres : Nombre total de produits. <i>Saisir -88 si ne sait pas ou -99 si pas de réponse.</i>	Implants DIU/Stérilet..... Pilule du lendemain..... Condom masculin Condom féminin..... Diaphragme Mousse/Gelée..... Collier du cycle.....	No. de unités vendues _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____																					
40	Les services suivants sont-ils fournis dans cette structure de santé? <i>Lire à voix haute toutes les options et sélectionner toutes celles qui sont pertinentes.</i> Prénatal Accouchement..... Postnatal..... Post-avortement Aucune des options ci-dessus Pas de réponse		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>-77</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>-99</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Oui	Non	1	0	1	0	1	0	1	0	-77	0	-99	0	Aller à 45 si Non à postnatal et IVG . Aller à 43 si non à postnatal et oui à post-avortement						
Oui	Non																							
1	0																							
1	0																							
1	0																							
1	0																							
-77	0																							
-99	0																							
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> Alimentation, nutrition et activité physique..... Santé mentale post-partum..... Retour à la fertilité Espacement et planification des grossesses..... <u>Conseils sur les méthodes de PF:</u> Méthode d'Aménorrhée par l'allaitement (MAMA)..... Méthodes de planning familial de longue durée..... Méthodes de PF pour d'espacement des grossesses..... Aucune des méthodes ci-dessus Pas de réponse		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>-77</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>-99</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Oui	Non	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	-77	0	-99	0	
Oui	Non																							
1	0																							
1	0																							
1	0																							
1	0																							
1	0																							
1	0																							
1	0																							
-77	0																							
-99	0																							
42	La structure de santé offre-t-elle une méthode de planification familiale aux mères lors de leur visite postnatale ?	Oui1 Non0																						

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES	ALLER A
	CONTROLE 40: Offrez-vous des services post-avortement ?	Oui1 Non0	Aller à 45 si Non
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> Santé mentale Retour à la fertilité Espacement et planification des grossesses <u>Conseil sur les méthodes de PF:</u> Méthodes de longue durée Méthodes d'espacement des grossesses Aucune des méthodes ci-dessus Pas de réponse	<u>Oui</u> 1 1 1 1 1 -77 -99	<u>Non</u> 0 0 0 0 0
44	Offrez-vous des méthodes de planning familial aux femmes lors de leur visite post-avortement?	Oui1 Non0	
45	Offrez-vous les services de planning familial suivants aux adolescents non mariés? <i>Lire à voix haute toutes les options et sélectionner toutes celles qui sont pertinentes.</i> Fournit des conseils sur les méthodes contraceptives..... Fournit des méthodes contraceptives..... Prescrit/Fournit des ordonnances de référence pour des méthodes contraceptives Aucune des options ci-dessus Pas de réponse	<u>Oui</u> 1 1 1 1 -99	<u>Non</u> 0 0 0 0
46	Cette structure de santé offre-t-elle des services de dépistage, traitement ou prévention du VIH ?	Oui1 Non0	
47	Cette structure de santé offre-t-elle des services de dépistage, traitement ou prévention des IST autres que le VIH?	Oui1 Non0	
	CONTROL F: Type de structure de santé?	Hôpital / Polyclinique.....1 Clinique2 Centre de santé3 Poste de santé4 Pharmacie.....5 Boutique.....6 Ligablo7 Autre8	Aller à 52 si F est #
	CONTROLE 46: Offrez-vous des services VIH ?	Oui1 Non0	Aller à 50 si Non

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES				ALLER A	
48	Offrez-vous les services de planning familial suivants aux clients qui vous consultent pour des services VIH ?						
	<i>Lire à voix haute toutes les options et sélectionner toutes celles qui sont pertinentes.</i>		<u>Oui</u>	<u>Non</u>			
	Conseil sur la planification familial	1		0			
	Distribution de méthode contraceptive.....	1		0			
	Prescription/Orientation pour obtenir des méthodes contraceptives	1		0			
Aucune des options ci-dessus	1		0				
49	Lors d'une consultation pour le VIH, est-ce que vous:		<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>NSP</u>		
	Vous renseignez sur les intentions de reproduction du client ?	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			Aller à 57 si Non	
	Non	0					
50	Puis-je voir la salle où les consultations de planning familiale sont faites ?		<u>O</u>	<u>N.Ob</u>	<u>IND</u>	<u>NSP</u>	
	<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	1	2	-77	-88			
51	OBSERVER : Évaluez les conditions d'hygiène et d'entretien du service de planning familial.		<u>Oui</u>	<u>Non</u>			
	<i>Vous devez répondre à toutes les éléments ou aucune des éléments ci-dessus.</i>						
	Sol: balayé, pas de poussière ni de déchets visibles	1		0			
	Comptoir de réception/Tables/Chaises: nettoyés, pas de poussière ni de déchets visibles	1		0			
	Équipement cassé, papiers et boîtes encombrant et salissant l'espace.....	1		0			
	Murs: raisonnablement propres	1		0			
	Portes: dégâts mineurs ou inexistantes	1		0			
	Murs: dégâts mineurs ou inexistantes	1		0			
	Toiture: dégâts mineurs ou inexistantes	1		0			

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES	ALLER A
52a	Vous avez mentionné que vous fournissez [METHODE], pouvez-vous me les montrer?	Stockée et observée 1 Stockée mais non-observée 2 En rupture de stock 3 Pas de réponse -99	Aller à 52c si 1 ou 2
52b	Combien de jours les [METHODES] ont-elles été en rupture de stock? <i>Saisir 1 si seulement aujourd'hui. Saisir -88 pour ne sait pas ou -99 pour pas de réponse</i>	Nombre de jours..... _____	Aller à QS 53
52c	La [METHODE] a-t-elle été en rupture de stock au 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 matériaux contraceptifs sont stockés ? Si vous êtes déjà dans la salle, sélectionnez Oui.	Oui 1 Non 0	
53	Pour SQ 53-56 : Observez l'endroit où les méthodes contraceptifs sont stockés 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 S si Non
Remercier la personne interrogée pour le temps qu'il/elle a bien voulu vous accorder. <i>L'enquête(e) a terminé, mais il vous reste d'autres questions à compléter en dehors de la structure de santé.</i>			
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	

NO	QUESTIONS ET FILTERS	CATEGORIES CODEES	ALLER A
	CONTROL 57: Consentement pour la photo?	Oui1 Non0	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 cet interview?	1 ^{ère} fois1 2 ^{ème} fois2 3 ^{ème} fois3	
R	Enregistrez le résultat du Questionnaire SPS	Complété1 Pas de personne compétente pour répondre lors de la visite2 Différé3 Refusé4 Complété en partie5 Autre6	