



Femme :

Four empty boxes for entering the number of women.

Projet de recherche : Participation des hommes dans les soins de sante maternelle au Burkina Faso

PREMIER ENTRETIEN DE SUIVI (3 Mois postpartum)

Date entretien : [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] (Jour) (Mois) (An)

Heure du début : [ ][ ] h [ ][ ] min

Enquêtrice: \_\_\_\_\_ Enquêtée: Nom \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Avant de commencer l'entretien : Nous revenons après l'accouchement pour voir comment vous vous portez et poser quelques questions encore sur votre état de santé et votre vie familiale. Les questions prennent habituellement environ 30 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez seront strictement confidentielles. Elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la suivante. Vous pouvez également interrompre l'entretien à n'importe quel moment.

Avez-vous des questions à me poser ? On peut commencer l'entretien maintenant ?

APRES UN PREMIER ECHANGE AVEC LA DAME...  
**LA GROSSESSE S'EST TERMINEE PAR :**

<b>ACCOUCHEMENT A TERME :</b> <input type="checkbox"/>	<b>ACCOUCHEMENT PREMATURE :</b> <input type="checkbox"/> (GROSSESSE QUI S'EST TERMINEE ENTRE 6 ET 8 MOIS)	<b>FAUSSE COUCHE ou AVORTEMENT :</b> <input type="checkbox"/> (GROSSESSE QUI S'EST TERMINEE A 5 MOIS OU PLUS TOT)
<b>COMMENCEZ PAR LA SECTION 1) ET SUIVEZ L'ORDRE NORMAL DU QUESTIONNAIRE</b> 		<b>DATE FAUSSE COUCHE :</b> [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] (jour) (mois) (an) NE SAIT PAS..... 97 <b>POSER SEULEMENT LES QUESTIONS DES SECTIONS :</b> <b>3) SATISFACTION A L'EGARD DES SOINS RECUS</b> <b>5) PREFERENCES EN MATIERE DE FERTILITE</b> <b>6) UTILISATION DE LA CONTRACEPTION</b>

**3.1**

1) L'ACCOUCHEMENT

N.	QUESTIONS	CODES	PASSEZ À:
<b>1.2</b>	A quelle date avez-vous accouché ?  SI ELLE N'EST PAS SURE, VÉRIFIEZ LA DATE DE L'ACCOUCHEMENT DANS LE CARNET (A LA PAGE 12)	DATE DE L'ACCOUCHEMENT :  [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] (jour) (mois) (an)  NE SAIT PAS.....97	
<b>1.3</b>	Comment avez-vous accouché cette fois, normalement ou par césarienne ?	VOIE BASSE..... 1 CÉSARIENNE..... 2 AUTRE..... 3 . (PRÉCISEZ)	

ID Femme :

--	--	--	--

<b>1.4</b>	Avez-vous accouché d'un seul bébé ou de jumeaux?  <b>AUTRE= PLUS DE 2 BEBES</b>	UN BEBE..... 1 JUMEAUX..... 2  AUTRE _____..... 3 (PRÉCISEZ)	
<b>1.5</b>	Votre bébé (si jumeaux, le premier - Enfant 1), est-il toujours en vie aujourd'hui ?	OUI..... 1 NON, DÉCÉDÉ..... 2	➔ 1.7
<b>1.6</b>	Est-il mort-né, ou est-il né vivant et décédé par la suite ?	MORT-NE..... 1 DECEDE PAR LA SUITE..... 2	➔ 1.8
<b>1.7</b>	Quelle est/était le sexe du bébé (si jumeaux, Enfant 1) ?	MASCULIN..... 1 FEMININ..... 2 NE SAIT PAS..... 7	
<b>1.8</b>	VÉRIFIEZ LA REPONSE A LA QUESTION 1.4 : SI DES <b>JUMEAUX</b> (OU PLUS)	SI UN SEUL BEBE	➔ 2.1
<b>1.9</b>	<b>Pour le deuxième des jumeaux – Enfant 2 :</b> L'autre bébé est-il toujours en vie aujourd'hui ?	OUI..... 1 NON, DÉCÉDÉ..... 2	➔ 1.11
<b>1.10</b>	Est-il mort-né, ou est-il né vivant et décédé par la suite ?	MORT-NE..... 1 DECEDE PAR LA SUITE..... 2	➔ 2.1
<b>1.11</b>	Quelle est/était le sexe de ce bébé (Enfant 2) ?	MASCULIN..... 1 FEMININ..... 2 NE SAIT PAS..... 7	

## 2) UTILISATION DES SOINS PRE- ET POSTNATALES

N.	QUESTIONS	CODES	PASSEZ À:
<b>2.1</b>	Combien de consultations prénatales avez-vous faites ? SI ELLE N'EST PAS SURE, VERIFIEZ LE NOMBRE DANS LE CARNET À LA PAGE 6	NOMBRE CPN FAITES : 1..... 1 2..... 2 3..... 3 4..... 4 5 OU PLUS..... 5 NE SAIT PAS..... 7	
<b>2.2</b>	Avez-vous accouché dans un établissement de santé, ou ailleurs ?  « <b>AUTRE</b> » PEUT ETRE : au champ, en voiture, au bord de la route... <b>PRÉCISEZ</b>	ETABLISSEMENT DE SANTE.. 1 DOMICILE DAME..... 2 AUTRE _____..... 3	➔ 2.5

ID Femme :

--	--	--	--

<b>2.3</b>	<b>SI ACCOUCHEMENT HORS DE L' HOPITAL :</b> Après l'accouchement, est-ce que <b>pendant les 3 premiers jours</b> vous vous êtes rendu dans un établissement de sante ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 7	
<b>2.4</b>	Combien de temps après l'accouchement êtes-vous parti à l'hôpital ?	LE MEME JOUR..... 0 LE LENDEMAIN..... 1 2 JOURS APRES..... 2 3 JOURS APRES..... 3 NE SAIT PAS..... 7	
<b>2.5</b>	C'était dans quel établissement de santé ?	CSPS BOLOMAKOTE..... 01 CSPS GUIMBI..... 02 CSPS SARFALAO..... 03 CSPS SECT 24..... 04 CSPS OUEZZINVILLE..... 05 AUTRE CSPS..... 06 CMA..... 07 CHU..... 08 CLINIQUE..... 09 AUTRE _____ 10 (PRECISEZ)	
<b>2.6</b>	Combien de temps après l'accouchement avez-vous quitté <b>la maternité</b> ?	LE MEME JOUR..... 0 LE LENDEMAIN..... 1 2 JOURS APRES..... 2 3 JOURS APRES..... 3 4 JOURS APRES..... 4 5 JOURS OU PLUS..... 5 NE SAIT PAS..... 7	
<b>2.7</b>	<b>SI 5 JOURS OU PLUS :</b> Pour quelle raison êtes-vous restez aussi longtemps a l'hôpital ? C'était pour un problème de sante pour vous-même, ou pour le bébé ?  <b>PRECISER LE PROBLEME DE SANTE OU TOUTE AUTRE RAISON</b>	BEBE SEULEMENT..... 1 MERE SEULE OU LES DEUX..... 2 AUTRE RAISON..... 3  _____ _____	
<b>2.8</b>	Est-ce que <b>avant de vous laisser rentrer</b> à la maison un agent de santé a examiné votre état de santé, pour s'assurer que votre corps s'est bien rétabli depuis l'accouchement ?  (C'EST BIEN LA <b>6eme HEURE</b> , ET NON AVANT !)	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 7	
	<b>Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur la période après votre rentrée à la maison de l'hôpital.</b>		

ID Femme :

--	--	--	--

<b>2.9</b>	<p>Depuis ce jour, est-ce que vous avez eu <b>une maladie ou un problème de sante sérieux, tel que vous avez été re-hospitalisee</b> (vous êtes retournées a l'hôpital et vous êtes y restée pour au moins une nuit pour être soignée) ?</p> <p><b>POUR PROBLEMES DE LA MERE SEULEMENT !</b> Ex: infection grave, saignements, éclampsie...</p>	<p>OUI _____ 1</p> <p>_____.....</p> <p style="text-align: center;"><b>(PRECISEZ)</b></p> <p>NON..... 2</p>	
<b>2.10</b>	<p><b>Depuis le jour que vous êtes rentrée a la maison</b>, est-ce que vous êtes déjà allez en consultation avec un agent de sante <b>qui a examiné votre état de santé, pour s'assurer que votre corps s'est bien rétabli depuis l'accouchement ?</b></p> <p><b>=ON A FAIT UN EXAMEN PHYSIQUE DE LA DAME!</b></p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p>	 <b>3.1</b>
<b>2.11</b>	<p><b>Combien de fois</b> êtes-vous allé faire une telle consultation ?</p> <p>N.B. Les pansements de la césarienne ne comptent pas</p>	<p>1..... 1</p> <p>2..... 2</p> <p>3..... 3</p> <p>4 ou plus..... 4</p>	
	<b><u>PREMIERE CONSULTATION :</u></b>		
<b>2.12</b>	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu <b>la première</b> de ces consultations ?</p> <p>SI REPONSE DONNEE EN SEMAINES OU MOIS, <b>CALCULEZ VOUS-MEME</b> LE TEMPS EN JOURS</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> JOURS APRES L'ACCOUCHEMENT</p> <p>NE SAIT PAS.....97</p>	
	<b>2.12.1 DEMANDEZ LA PERMISSION DE VOIR SI LA CONSULTATION A ETE DOCUMENTEE DANS LE CARNET DE SANTE</b>	<p>OUI, DOCUMENTEE..... 1</p> <p>NON DOCUMENTEE..... 2</p> <p>CARNET PAS DISPONIBLE..... 3</p> <p>REFUS..... 4</p>	
<b>2.13</b>	<p>Où a eu lieu cette consultation ?</p>	<p>CSPS BOLOMAKOTE..... 01</p> <p>CSPS GUIMBI..... 02</p> <p>CSPS SARFALAO..... 03</p> <p>CSPS SECT 24..... 04</p> <p>CSPS OUEZZINVILLE..... 05</p> <p>AUTRE CSPS..... 06</p> <p>CMA..... 07</p> <p>CHU..... 08</p> <p>CLINIQUE..... 09</p> <p>DOMICILE DAME..... 10</p> <p>AUTRE _____..... 11</p> <p style="text-align: center;">(PRECISEZ)</p>	
<b>2.14</b>	<p>Ce jour-là, est-ce que vous étiez allé en consultation <b>parce qu'il y avait un problème de sante spécifique</b> chez vous ou le bébé, <b>ou c'était juste pour un suivi (=se rassurer que tout va bien) ?</b></p> <p><b>PLUS D'UNE REPONSE EST POSSIBLE !</b></p>	<p>POUR UN SUIVI..... A</p> <p>POUR UN PROBLEME :</p> <p>_____..... B</p> <p style="text-align: center;">(PRECISEZ)</p> <p>POUR FAIRE LA PF..... C</p> <p>NE SAIT PAS..... D</p>	

	<p>VERIFIEZ LA REPONSE A 2.11 : LA FEMME A FAIT <b>2 CONSULTATIONS OU PLUS ?</b>  <b>NON, UNE SEULE :</b>  3.1</p> <p>OUI : <b>DEUXIEME CONSULTATION</b> </p>	
2.15	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu la <b>deuxième</b> consultation ?</p> <p>SI REPONSE DONNEE EN SEMAINES OU MOIS, <b>CALCULEZ VOUS-MEME</b> LE TEMPS EN JOURS</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> JOURS APRES L'ACCOUCHEMENT</p> <p>NE SAIT PAS.....97</p>
	<p><b>2.15.1 DEMANDEZ LA PERMISSION DE VOIR SI LA CONSULTATION A ETE DOCUMENTEE DANS LE CARNET DE SANTE</b></p>	<p>OUI, DOCUMENTEE..... 1  NON DOCUMENTEE..... 2  CARNET PAS DISPONIBLE..... 3  REFUS..... 4</p>
2.16	<p>Où a eu lieu cette consultation ?</p>	<p>CSPS BOLOMAKOTE..... 01  CSPS GUIMBI..... 02  CSPS SARFALAO..... 03  CSPS SECT 24..... 04  CSPS OUEZZINVILLE..... 05  AUTRE CSPS..... 06  CMA..... 07  CHU..... 08  CLINIQUE..... 09  DOMICILE DAME..... 10  AUTRE_____..... 11  (PRECISEZ)</p>
2.17	<p>Ce jour-là, est-ce que vous étiez allé en consultation <b>parce qu'il y avait un problème de sante spécifique</b> chez vous ou le bébé, <b>ou c'était juste pour un suivi (=se rassurer que tout va bien) ?</b></p> <p><b>PLUS D'UNE REPONSE EST POSSIBLE !</b></p>	<p>POUR UN SUIVI..... A  POUR UN PROBLEME :  _____..... B  (PRECISEZ)  POUR FAIRE LA PF..... C  NE SAIT PAS..... D</p>
	<p>VERIFIEZ LA REPONSE A 2.11 : LA FEMME A FAIT <b>3 CONSULTATIONS OU PLUS ?</b>  <b>NON, 2 SEULEMENT :</b>  3.1</p> <p>OUI : <b>TROISIEME CONSULTATION</b> </p>	
2.18	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu la <b>troisième</b> consultation ?</p> <p>SI REPONSE DONNEE EN SEMAINES OU MOIS, <b>CALCULEZ VOUS-MEME</b> LE TEMPS EN JOURS</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> JOURS APRES L'ACCOUCHEMENT</p> <p>NE SAIT PAS.....97</p>
	<p><b>2.18.1 DEMANDEZ PERMISSION A VOIR SI LA CONSULTATION A ETE DOCUMENTEE DANS LE CARNET DE SANTE</b></p>	<p>OUI, DOCUMENTEE..... 1  NON DOCUMENTEE..... 2  CARNET PAS DISPONIBLE..... 3  REFUS..... 4</p>

ID Femme :

--	--	--	--

2.19		CSPS BOLOMAKOTE..... 01 CSPS GUIMBI..... 02 CSPS SARFALAO..... 03 CSPS SECT 24..... 04 CSPS OUEZZINVILLE..... 05 AUTRE CSPS..... 06 CMA..... 07 CHU..... 08 CLINIQUE..... 09 DOMICILE DAME..... 10 AUTRE _____..... 11 (PRECISEZ)	
2.20	Ce jour-là, est-ce que vous étiez allé en consultation <b>parce qu'il y avait un problème de sante spécifique</b> chez vous ou le bébé, <b>ou c'était juste pour un suivi (=se rassurer que tout va bien) ?</b>  <b>PLUS D'UNE REPONSE EST POSSIBLE !</b>	POUR UN SUIVI..... A POUR UN PROBLEME : _____..... B (PRECISEZ) POUR FAIRE LA PF..... C NE SAIT PAS..... D	

### 3) SATISFACTION A L'ÉGARD DES SOINS REÇUS

N.	QUESTIONS	CODES	PASSEZ À:
<p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur la qualité des soins de santé que vous avez reçus ces derniers mois. Les questions concernent les soins que vous avez reçu <b>pendant toute la période de la grossesse, l'accouchement et les semaines après l'accouchement.</b></p> <p>S'il vous plait, rappelez-vous que nous ne sommes pas des agents de santé, même si nous travaillons souvent avec eux. Pourtant, nous souhaiterions que vous répondiez le plus honnêtement possible.</p> <p><b>Vos réponses ne seront pas transmises aux agents de santé !</b></p>			
3.1	Est-ce qu'il est <b>déjà arrivé</b> que les agents de santé se soient adressés à vous en utilisant un <b>langage</b> pas clair pour vous, ou que vous ne comprenez pas ?	OUI..... 1 NON, JAMAIS..... 2 NE SAIT PAS..... 7	
3.2	<b>Chaque fois</b> que vous avez posé une question ou demandé une explication aux agents, avez-vous reçu une <b>réponse satisfaisante</b> ?	OUI, CHAQUE FOIS..... 1 NON, PAS CHAQUE FOIS..... 2 JAMAIS POSE DE QUESTION... 3 NE SAIT PAS..... 7	
3.3	Est-ce qu'il y a <b>déjà eu une occasion</b> ou vous aurez voulu <b>poser des questions</b> ou demander des explications, mais on ne vous a pas donné la possibilité de le faire ?	OUI..... 1 NON, JAMAIS..... 2 NE SAIT PAS..... 7	
3.4	Chaque fois qu'il y a eu une <b>décision à prendre concernant vos soins/traitements</b> , est-ce qu'il est <b>déjà arrivé</b> qu'un agent n'ait <b>pas respecté votre volonté ou préférence</b> ?  <b>Ex</b> : choix de médicaments, durée du séjour à l'hôpital, choix du prestataire...	OUI..... 1 NON, JAMAIS..... 2 NE SAIT PAS..... 7	

ID Femme :

3.5	Est-ce il y a <b>déjà eu un moment</b> ou les prestataires n'ont pas respecté votre <b>intimité</b> ?	OUI..... 1 NON, JAMAIS..... 2 NE SAIT PAS..... 7	
3.6	Est-ce que vous vous êtes déjà senti mal à l'aise parce que les prestataires ont partagé des <b>informations personnelles</b> ou sur votre état de santé avec d'autres personnes ?	OUI..... 1 NON, JAMAIS..... 2 NE SAIT PAS..... 7	
3.7	Est-ce qu'il est déjà arrivé qu'un agent de santé se soit adressé à vous avec <b>impatience ou colère</b> ?	OUI..... 1 NON, JAMAIS..... 2 NE SAIT PAS..... 7	
3.8	Est-ce qu'il y a eu un moment où vous auriez aimé avoir <b>quelqu'un de proche</b> à côté de vous pour vous soutenir, mais ça n'a pas été possible parce que les agents n'ont pas accepté ?	OUI..... 1 NON, JAMAIS..... 2 NE SAIT PAS..... 7	

#### 4) ALLAITEMENT

N.	QUESTIONS	CODES	PASSEZ À:
VERIFIEZ LES REPONSES DONNEES DANS LA <u>SECTION 1</u> (ACCOUCHEMENT) :			
***SI LA DAME A ACCOUCHE DES <b>JUMEAUX</b> , REPONDEZ D'ABORD <b>POUR LE PREMIER BEBE</b> ****			
EST-CE QUE LE BEBE EST <b>TOUJOURS EN VIE</b> ?		<b>NON, MORT-NE OU DECEDE</b>	➔ 4.9
OUI, VIVANT ↓			
4.1	Allaitez-vous le bébé au sein ?	OUI..... 1 NON..... 2	
<b>Depuis sa naissance, est-ce que le bébé a déjà eu à prendre :</b>			
4.2	... du <b>lait autre que le lait maternel</b> , y compris le lait en poudre pour bébé ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 7	➔ 4.3
	<b>4.2.1</b> Est-ce qu'il prend ça <b>habituellement</b> , ou combien de fois c'est déjà arrivé ?	CHAQUE JOUR..... 1 CHAQUE SEMAINE..... 2 OCCASIONNELLEMENT..... 3 1-2 FOIS SEULEMENT..... 4 NE SAIT PAS..... 7	
4.3	...de l' <b>eau simple</b> ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 7	➔ 4.4
	<b>4.3.1</b> Est-ce qu'il prend ça <b>habituellement</b> , ou combien de fois c'est déjà arrivé ?	CHAQUE JOUR..... 1 CHAQUE SEMAINE..... 2 OCCASIONNELLEMENT..... 3 1-2 FOIS SEULEMENT..... 4 NE SAIT PAS..... 7	

4.4	...des <b>infusions</b> ou des <b>tisanes</b> ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 7	 4.5
	4.4.1 Est-ce qu'il prend ça <b>habituellement</b> , ou combien de fois c'est déjà arrivé ?	CHAQUE JOUR..... 1 CHAQUE SEMAINE..... 2 OCCASIONNELLEMENT..... 3 1-2 FOIS SEULEMENT..... 4 NE SAIT PAS..... 7	
4.5	...de l' <b>eau salée</b> ou de l' <b>eau coranique</b> ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 7	 4.6
	4.5.1 Est-ce qu'il prend ça <b>habituellement</b> , ou combien de fois c'est déjà arrivé ?	CHAQUE JOUR..... 1 CHAQUE SEMAINE..... 2 OCCASIONNELLEMENT..... 3 1-2 FOIS SEULEMENT..... 4 NE SAIT PAS..... 7	
4.6	...de l' <b>eau sucrée</b> , une boisson à base de miel, du <b>café</b> ou du <b>jus de fruit</b> ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 7	 4.7
	4.6.1 Est-ce qu'il prend ça <b>habituellement</b> , ou combien de fois c'est déjà arrivé ?	CHAQUE JOUR..... 1 CHAQUE SEMAINE..... 2 OCCASIONNELLEMENT..... 3 1-2 FOIS SEULEMENT..... 4 NE SAIT PAS..... 7	
4.7	...un <b>autre aliment liquide</b> ou <b>semi/solide</b> ? EX : BOUILLE, SOUPE, SAUCE..	OUI..... 1 (PRECISEZ) NON..... 2 NE SAIT PAS..... 7	 4.8
	4.7.1 Est-ce qu'il prend ça <b>habituellement</b> , ou combien de fois c'est déjà arrivé ?	CHAQUE JOUR..... 1 CHAQUE SEMAINE..... 2 OCCASIONNELLEMENT..... 3 1-2 FOIS SEULEMENT..... 4 NE SAIT PAS..... 7	
4.8	Le bébé a-t-il déjà subi un <b>gavage</b> ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 7	 4.9
	4.8.1 Est-ce que on fait cela <b>habituellement</b> , ou combien de fois c'est déjà arrivé ?	CHAQUE JOUR..... 1 CHAQUE SEMAINE..... 2 OCCASIONNELLEMENT..... 3 1-2 FOIS SEULEMENT..... 4 NE SAIT PAS..... 7	
4.9	VERIFIEZ LES REPONSES DONNEES DANS LA <b>SECTION 1 (ACCOUCHEMENT)</b> : EST-CE QUE LA FEMME A ACCOUCHE DES JUMEAUX ?		NON  5.1
		OUI 	

EST-CE QUE LE DEUXIEME BEBE EST <b>ENCORE EN VIE</b> AUJOURD'HUI ?		NON	 5.1
OUI, VIVANT 			
Allaitiez-vous le bébé au sein ?		OUI..... 1 NON..... 2	
<b>Depuis sa naissance, est-ce que le bébé a déjà eu à prendre :</b>			
<b>4.10</b>	...du <b>lait autre que le lait maternel</b> , y compris le lait en poudre pour bébé ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 7	 4.11
	<b>4.10.1</b> Est-ce qu'il prend ça <b>habituellement</b> , ou combien de fois c'est déjà arrivé ?	CHAQUE JOUR..... 1 CHAQUE SEMAINE..... 2 OCCASIONNELLEMENT..... 3 1-2 FOIS SEULEMENT..... 4 NE SAIT PAS..... 7	
<b>4.11</b>	...de <b>l'eau simple</b> ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 7	 4.12
	<b>4.11.1</b> Est-ce qu'il prend ça <b>habituellement</b> , ou combien de fois c'est déjà arrivé ?	CHAQUE JOUR..... 1 CHAQUE SEMAINE..... 2 OCCASIONNELLEMENT..... 3 1-2 FOIS SEULEMENT..... 4 NE SAIT PAS..... 7	
<b>4.12</b>	...des <b>infusions</b> ou des <b>tisanes</b> ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 7	 4.13
	<b>4.12.1</b> Est-ce qu'il prend ça <b>habituellement</b> , ou combien de fois c'est déjà arrivé ?	CHAQUE JOUR..... 1 CHAQUE SEMAINE..... 2 OCCASIONNELLEMENT..... 3 1-2 FOIS SEULEMENT..... 4 NE SAIT PAS..... 7	
<b>4.13</b>	...de <b>l'eau salée</b> ou de <b>l'eau coranique</b> ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 7	 4.14
	<b>4.13.1</b> Est-ce qu'il prend ça <b>habituellement</b> , ou combien de fois c'est déjà arrivé ?	CHAQUE JOUR..... 1 CHAQUE SEMAINE..... 2 OCCASIONNELLEMENT..... 3 1-2 FOIS SEULEMENT..... 4 NE SAIT PAS..... 7	
<b>4.14</b>	...de <b>l'eau sucrée</b> , une boisson à base de miel, du <b>café</b> ou du <b>jus de fruit</b> ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 7	 4.15

ID Femme :

--	--	--	--

	<b>4.14.1</b> Est-ce qu'il prend ça <b>habituellement</b> , ou combien de fois c'est déjà arrivé ?	CHAQUE JOUR..... 1 CHAQUE SEMAINE..... 2 OCCASIONNELLEMENT..... 3 1-2 FOIS SEULEMENT..... 4 NE SAIT PAS..... 7	
<b>4.15</b>	...un <b>autre aliment liquide ou semi/solide</b> ?  EX : BOUILLE, SOUPE, SAUCE..	OUI..... 1 (PRECISEZ) NON..... 2 NE SAIT PAS..... 7	➔ <b>4.16</b>
	<b>4.15.1</b> Est-ce qu'il prend ça <b>habituellement</b> , ou combien de fois c'est déjà arrivé ?	CHAQUE JOUR..... 1 CHAQUE SEMAINE..... 2 OCCASIONNELLEMENT..... 3 1-2 FOIS SEULEMENT..... 4 NE SAIT PAS..... 7	
<b>4.16</b>	Le bébé a-t-il déjà subi un <b>gavage</b> ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 7	➔ <b>5.1</b>
	<b>4.16.1</b> Est-ce que on fait cela <b>habituellement</b> , ou combien de fois c'est déjà arrivé ?	CHAQUE JOUR..... 1 CHAQUE SEMAINE..... 2 OCCASIONNELLEMENT..... 3 1-2 FOIS SEULEMENT..... 4 NE SAIT PAS..... 7	

### 5) PREFERENCES EN MATIERE DE FERTILITE

N.	QUESTIONS	CODES	PASSEZ À:
<b>5.1</b>	<b>Excusez-moi</b> , êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS..... 7	➔ <b>FIN</b>
<b>5.2</b>	Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, <b>combien d'autres enfants</b> voudriez-vous dans le futur ?	PAS D'AUTRES ENFANTS..... 0 1 AUTRE..... 1 2 AUTRES..... 2 3 AUTRES OU PLUS..... 3 SELON LA VOLONTE DE DIEU... 4 NE SAIT PAS..... 7	➔ <b>5.4</b>
<b>5.3</b>	<b>Combien de temps</b> voudriez-vous attendre avant de tomber enceinte ?	<b>MOINS DE 12 MOIS</b> ..... 00 1 AN..... 01 2 ANS..... 02 3 ANS..... 03 4 OU 5 ANS..... 04 PLUS QUE 5 ANS..... 05 JUSQU'À CE QUE L'ENFANT MARCHE..... 06 SELON LA VOLONTÉ DU MARI.. 07 SELON LA VOLONTÉ DE DIEU... 08 NE SAIT PAS..... 97	<b>RAPPEL POUR 6.16 !</b>

ID Femme :

5.4	<b>Excusez-moi</b> , depuis l'accouchement, <b>vos règles</b> sont-elles revenues ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 7	5.6
5.5	Combien de temps après l'accouchement vos règles sont-elles revenues <b>pour la première fois</b> ? (Le bébé avait combien de jours/mois ?)  <b>SUR LA BASE DE CE QUE LA FEMME DIT, ESTIMEZ LA DATE LE PLUS PRECISEMENT POSSIBLE</b>	DATE : [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] <i>jour mois an</i> NE SAIT PAS.....97	
5.6	<b>Excusez-moi</b> , maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur les rapports sexuels : Avez-vous déjà repris les rapports sexuels depuis l'accouchement?	OUI..... 1 NON..... 2	5.8
5.7	Combien de temps après l'accouchement avez-vous repris vos rapports sexuels <b>pour la première fois</b> ? (Le bébé avait combien de jours/mois ?)  <b>SUR LA BASE DE CE QUE LA FEMME DIT, ESTIMEZ LA DATE LE PLUS PRECISEMENT POSSIBLE</b>	DATE : [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] <i>jour mois an</i> NE SAIT PAS.....97	6.1
5.8	Si vous pouviez choisir en toute liberté, combien de temps souhaiteriez-vous attendre, avant de reprendre vos relations sexuelles ?  <b>SI BEBE VIVANT, CALCULER EN TENANT COMPTE DE L'AGE ACTUEL DU BEBE</b>	DANS [ ][ ] MOIS..... 1 QUAND L'ENFANT CESSERA DE TÉTER..... 2 QUAND L'ENFANT MARCHE..... 3 SELON LA VOLONTÉ DU MARI.. 4 AUTRE..... 5 (PRECISEZ) NE SAIT PAS..... 7	

## 6. UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

N.	QUESTIONS	CODES	PASSEZ À:
6.1	<b>AUJOURD'HUI</b> , faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI..... 1 NON..... 2	6.16
6.2	Quelles méthodes utilisez-vous <b>actuellement</b> ?  <b>INSISTEZ</b> : Utilisez-vous encore une autre méthode actuellement ?  <b>A PARTIR DE « CONDOM MASCULIN », MENTIONNER AINSI LES AUTRES METHODES UNE A LA FOIS :</b> « Utilisez-vous le condom masculin ? » « Utilisez-vous le condom féminin ? » Etc.	STÉRILISATION FÉMININE..... A STÉRILISATION MASCULINE..... B DIU/STERILET. .... C INJECTABLES. .... D IMPLANT/NORPLANT ..... E PILULE..... F CONDOM MASCULIN..... G CONDOM FÉMININ..... H MÉTHODE DU RYTHME ..... I MAMA..... J RETRAIT. .... K COLLIER. .... L AUTRE..... M (PRECISEZ)	

ID Femme :

--	--	--	--

SELON LA RÉPONSE À LA QUESTION 6.2, ENREGISTREZ ICI LA **PREMIÈRE MÉTHODE** ENCERCLÉ :

COMPLÉTEZ LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CETTE METHODE :

<b>6.3</b>	Où avez-vous obtenue/appris la méthode ?	CSPS BOLOMAKOTE..... 01 CSPS GUIMBI..... 02 CSPS SARFALAO..... 03 CSPS SECT 24..... 04 CSPS OUEZZINVILLE..... 05 AUTRE CSPS..... 06 CMA..... 07 CHU..... 08 CLINIQUE ABBEF..... 09 PHARMACIE..... 10 MARI QUI AMENE..... 11 AUTRE _____..... 12 (PRECISEZ)																		
<b>6.4</b>	<b>Quand</b> est-ce que vous avez commencé à utiliser la méthode ? Combien de temps après l'accouchement ? (Le bébé avait combien de jours/mois ?)  SI LA METHODE EST <b>SUR PRESCRIPTION</b> , DEMANDEZ A CONSULTER LA <b>FICHE DE P.F. (ou autre document)</b> ET REPORTEZ LA DATE.  SI <b>NON</b> , <b>ESTIMEZ LA DATE</b> LE PLUS PRECISEMENT POSSIBLE.	DATE : <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>jour</i></td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>mois</i></td> <td colspan="4"></td> <td style="text-align: center;"><i>an</i></td> </tr> </table> SOURCE : FICHE PF.....1 ESTIMATION.....2 NE SAIT PAS.....97										<i>jour</i>		<i>mois</i>						<i>an</i>
<i>jour</i>		<i>mois</i>						<i>an</i>												
VÉRIFIEZ LES METHODES UTILISEES ( <b>QUESTION 6.2</b> ) : EST-CE QU'ELLE UTILISE UNE DEUXIÈME MÉTHODE ?  <div style="text-align: center;">           OUI  </div> ENREGISTREZ ICI LA <b>DEUXIÈME MÉTHODE</b> : _____  COMPLÉTEZ LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CETTE MÉTHODE:		NON <b>6.7</b>																		
<b>6.5</b>	Où avez-vous obtenue/appris la méthode ?	CSPS BOLOMAKOTE..... 01 CSPS GUIMBI..... 02 CSPS SARFALAO..... 03 CSPS SECT 24..... 04 CSPS OUEZZINVILLE..... 05 AUTRE CSPS..... 06 CMA..... 07 CHU..... 08 CLINIQUE ABBEF..... 09 PHARMACIE..... 10 MARI QUI AMENE..... 11 AUTRE _____..... 12 (PRECISEZ)																		

ID Femme :

--	--	--	--

<b>6.6</b>	<p>Quand est-ce que vous avez commencé à utiliser la méthode ? Combien de temps après l'accouchement ? (Le bébé avait combien de jours/mois ?)</p> <p>SI LA METHODE EST <b>SUR PRESCRIPTION</b>, DEMANDEZ A CONSULTER LA <b>FICHE DE P.F. (ou autre document)</b> ET REPORTEZ LA DATE.</p> <p>SI <b>NON</b>, <b>ESTIMEZ LA DATE</b> LE PLUS PRECISEMENT POSSIBLE.</p>	<p>DATE :</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>jour</i></td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>mois</i></td> <td colspan="6" style="text-align: center;"><i>an</i></td> </tr> </table> <p>SOURCE : FICHE PF.....1 ESTIMATION.....2 NE SAIT PAS.....97</p>											<i>jour</i>		<i>mois</i>		<i>an</i>						
<i>jour</i>		<i>mois</i>		<i>an</i>																			
<b>6.7</b>	<p>VERIFIEZ ENCORE LES <b>METHODES UTILISEES</b> (QUESTION <b>6.2</b>) : EST-CE QUE LA FEMME PREND <b>LA PILULE</b> ?</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2</p>	<p>➔ <b>6.13</b></p>																				
<b>6.8</b>	<p>Avez-vous pris une pilule dans les <b>dernières 24 heures</b> ?</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2</p>	<p>➔ <b>6.10</b></p>																				
<b>6.9</b>	<p>Si non, pour quelle raison ?</p>	<p>SEMAINE DE PAUSE..... 1 OUBLI..... 2 EFFETS INDESIRABLES..... 3 AUTRE : _____ 4 (PRECISEZ)</p>																					
<b>6.10</b>	<p>DEMANDEZ LA PERMISSION POUR <b>VOIR LA BOITE</b> OU LA PLAQUETTE</p> <p>**** <b>USEZ DU TACT !</b> ***</p>	<p>DISPONIBLE..... 1 PAS DISPONIBLE..... 2 REFUS..... 3</p>	<p>➔ <b>FIN</b></p>																				
<b>6.11</b>	<p>ENCERCLEZ LE <b>NOM DE LA PILULE</b> :</p>	<p>MICROGYNON..... 1 MICROLUT..... 2 AUTRE _____ 3 (PRECISEZ)</p>																					
<b>6.12</b>	<p>VERIFIEZ S'IL <b>RESTE</b> ENCORE DES PILULES DANS LA BOITE/PLAQUETTE :</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2</p>	<p>➔ <b>FIN</b></p>																				
<b>6.13</b>	<p>VERIFIEZ ENCORE LES <b>METHODES UTILISEES</b> (QUESTION <b>6.2</b>) : EST-CE QUE LA FEMME UTILISE L'<b>IMPLANT</b> ?</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2</p>	<p>➔ <b>FIN</b></p>																				
<b>6.15</b>	<p>DEMANDEZ SI ELLE PEUT VOUS MONTRER LA <b>CICATRICE D'INSERTION</b> SUR LE BRAS</p> <p>**** <b>USEZ DU TACT !</b> ***</p>	<p>CICATRICE VISIBLE..... 1 CICATRICE PAS VISIBLE..... 2 REFUS..... 3</p>	<p>➔ <b>FIN</b></p>																				
<b>6.16</b>	<p><u>VERIFIER LES REPONSES A 5.2 ET 5.3</u> :</p> <p>EST-CE QUE ELLE VOUDRAIT TOMBER ENCEINTE <b>DANS MOINS DE 12 MOIS</b> ?</p> <p style="text-align: center;">NON </p>		<p>OUI  <b>FIN</b></p>																				

ID Femme :

--	--	--	--

Vous avez dit qu'**au moins dans l'immédiat**, vous ne souhaitez pas avoir un autre enfant. Pouvez-vous me dire **pourquoi vous n'utilisez pas une méthode** pour éviter une grossesse **en ce moment**?

**PLUSIEURS RÉPONSES SONT POSSIBLES ! INSISTEZ** : Y a-t-il d'autres raisons encore ?

RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ :

- |   |   |
|---|---|
| PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....  | A |
| RAPPORTS SEXUELS PEU FRÉQUENTS.....                                 | B |
| HYSTÉRECTOMIE.....  | C |
| PAS DE RÉGLES DEPUIS L'ACCOUCHEMENT.....                            | D |
| REFUS DU PRESTATAIRE DE DONNER A CAUSE DE L'ABSENCE DES REGLES..... | E |
| ALLAITE.....  | F |

OPPOSITION À L'UTILISATION :

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| ENQUÊTÉE OPPOSÉE.....       | G |
| MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ..... | H |
| AUTRES OPPOSÉS.....         | I |
| INTERDITS RELIGIEUX .....   | J |

RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES :

- |   |   |
|---|---|
| CRAINTE DE L'EFFET SUR LA FERTILITE.....            | K |
| EFFETS SECONDAIRES/ PROBLÈMES DE SANTÉ.....         | L |
| PAS ACCESSIBLE / TROP LOIN.....                     | M |
| TROP CHÈRE .....                                    | N |
| MÉTHODE PRÉFÉRÉE NON DISPONIBLE .....               | O |
| PAS PRATIQUE À UTILISER.....                        | P |
| INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPS..... | Q |
| AUTRE _____.....                                    | R |
| (PRÉCISEZ)  |   |
| NE SAIT PAS.....                                    | S |

**6.17**

Pensez-vous que vous allez faire quelque chose ou utiliser une méthode pour retarder ou éviter une grossesse, à un certain moment dans le futur ?

- |                  |   |
|------------------|---|
| OUI.....         | 1 |
| NON.....         | 2 |
| NE SAIT PAS..... | 7 |

**FIN**

**NUMEROS DE TELEPHONE POUR LE PROCHAIN RDV :**

Dame : [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] / [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ]

Mari : [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] / [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ]

Autres : Nom et lien : \_\_\_\_\_

[ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ]

Autres : Nom et lien : \_\_\_\_\_

[ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ]

**Heure de fin de l'entretien :** [ ][ ] [ ][ ] h [ ][ ] [ ][ ] min

**Initiales et signature enquêtrice :**

**Signature participante :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_