



# REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



## ENQUETE DE BASE POUR L'ÉVALUATION D'IMPACT DU PDSS

2015

### QUESTIONNAIRE DESTINE AUX FORMATIONS SANITAIRES F3 : OBSERVATION DIRECTE DE LA CONSULTATION PRÉNATALE

#### SITUATION GÉOGRAPHIQUE

Province :		District :	
		Aire de santé	
Zone de Santé (ZS)		Nom de Fosa	

Village / Quartier :		Type de la Formation sanitaire:	Hôpital 01	
			Centre de santé 02	

Statut de FOSA	Public	1	Categorie de Centre de santé:	
	Privé à but lucratif	2		PMAS 1
	Privé à but non-lucratif	3		PMAE 2
	Confessionnel	4		
	Parapublic (Etat-confessionnel, Etat-Privé)	5		

#### COORDONNEES GPS DE LA FORMATION SANITAIRE

LATITUDE (NORD):							
LONGITUDE (EST):							
MILIEU DE RESIDENCE	Urbain	1					
	Rural	2					

#### VISITES DES FORMATIONS SANITAIRES

NOM/PRENOM DE L'ENQUÊTEUR:		CODE ENQUÊTEUR:	
Date Visite	JOUR	MOIS	ANNÉE

#### CONSENTEMENT ECLAIRE, A RECUEILLIR AVANT LE DEBUT DE L'ENTREVUE

ENQUÊTEUR : Bonjour/Bonsoir ! Je m'appelle \_\_\_\_\_, je travaille pour Médecins d'Afrique (MDA). Le Ministère de la santé publique nous a demandé de mener une étude sur les formations sanitaires dans la province (du) de l'..... . Aujourd'hui, nous allons nous entretenir avec le personnel de la formation sanitaire . Nous voulons déterminer le niveau général et la qualité des prestations de service dans les formations sanitaires dans la province (du) de l'..... Si vous acceptez de prendre part à cet entretien, nous vous assurons que les informations fournies seront traitées confidentiellement. Vous avez le droit de refuser de prendre part à l'entretien au début ou de l'interrompre à n'importe quelle étape. Toutefois, nous vous réaffirmons que les informations que vous allez fournir sont d'une importance capitale pour le Ministère de la santé qui s'en servira dans l'amélioration des services de santé dans cette province . Acceptez-vous prendre part à l'enquête aujourd'hui ?

OUI	1	
NON	2	

Section 1 : Identification du prestataire de santé et de la gestante			NOTER LES RÉPONSES
(1.01)	NUMERO DE SUIVI DE LA FEMME ENCEINTE ( gestante)		_____
(1.02)	COMBIEN DE CPN A EU LA FEMME ENCEINTE POUR CETTE GROSSESSE (Notez 0 si il s'agit de la première CPN)		__
(1.03)	DEMANDER AU PRESTATAIRE L'AGE (EN SEMAINE) DE LA GROSSESSE		__
(1.04)	NOTEZ S'IL S'AGIT ICI DE LA PREMIÈRE GROSSESSE DE la gestante NOTEZ « 1 » POUR OUI ; « 2 » POUR NON ;		__
(1.05)	Numéro du prestataire (Information se trouve sur le questionnaire F1 dans la liste des prestataires )	Vérifiez que l'agent de santé se trouve bien dans la liste, sinon ajoutez les informations le concernant dans la liste	__
(1.06)	Sexe du prestataire	Masculin 1 Féminin 2	__
(1.07)	Qualification du prestataire	Médecin 1 Infirmier(ère) L2 2 Infirmier(ère) A2 3 infirmier(ère) A1 4 technicien de laboratoire 5 Sage-Femme / accoucheur 6 Autre: Specifiez 97	____

Section 2 : Observation de la consultation prénatale			NOTER LES RÉPONSES	
(2.01)	Heure de début de la consultation ex. 7 h est 0700, 8 h 30 est 0830 et 19 h est 1900.			<input type="text"/>
NOTER « 1 » POUR OUI : « 2 » POUR NON		Oui	Non	NOTER LES RÉPONSES
(2.02)	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE S'EST PRÉSENTÉ À LA PATIENTE À TRAVERS LES POINTS CI-APRÈS			
A	Nom	1	2	<input type="text"/>
B	Titre professionnel	1	2	<input type="text"/>
(2.03)	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE MOTIVE la gestante À PRENDRE PART ACTIVEMENT À LA CONSULTATION PAR LES POINTS CI-APRÈS			
A	Le prestataire explique-t-il la procédure générale de la consultation ?	1	2	<input type="text"/>
B	Le prestataire encourage/invite la gestante à poser des questions ou demander des éclaircissements supplémentaires si elle ne comprend pas ?	1	2	<input type="text"/>
C	Le prestataire propose à la patiente d'être assistée par une personne tierce si elle le souhaite	1	2	<input type="text"/>
(2.04)	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A POSÉ DES QUESTIONS À LA GESTANTE SUR LES POINTS SUIVANTS :	Oui	Non	Pré-rempli
A	Nom	1	2	3
B	Âge	1	2	3
C	Lieu de résidence	1	2	3
D	Médicaments que prend la gestante	1	2	3
E	Nombre de CPN antérieures pour cette grossesse	1	2	3
F	Date de début des dernières menstruations (DDR)	1	2	3
G	Nombre de grossesses antérieures	1	2	3
(2.05)	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE OU la gestante A ABORDÉ L'UN DES ASPECTS CI-APRÈS CONCERNANT LES PRÉCÉDENTES GROSSESSES DE LA FEMME :	Oui	Non	NOTER LES RÉPONSES
A	Précédente(s) interruption(s) médicale(s) ou thérapeutique(s) de grossesse(s) (IMG)	1	2	<input type="text"/>
B	Précédent(s) accouchement(s) prématuré(s)	1	2	<input type="text"/>
C	Enfant(s) mort(s) pendant la première semaine de vie/mort né	1	2	<input type="text"/>
D	Saignement abondant pendant ou après l'accouchement	1	2	<input type="text"/>
E	Précédents accouchements assistés (césarienne, ventouse, ou forceps)	1	2	<input type="text"/>
F	Précédente(s) interruption(s) volontaire(s) de grossesse(s) (IVG)	1	2	<input type="text"/>
G	Précédent(s) Accouchement(s) Normal(aux)	1	2	<input type="text"/>
(2.06)	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE OU la gestante A ABORDÉ L'UN DES ASPECTS CI-APRÈS CONCERNANT LA GROSSESSE DE la gestante	Oui	Non	NOTER LES RÉPONSES
A	Douleurs abdominales sévères	1	2	<input type="text"/>
B	Difficultés respiratoires sévères	1	2	<input type="text"/>
C	Vomissements sévères	1	2	<input type="text"/>
D	Convulsions/crises d'épilepsie	1	2	<input type="text"/>
E	Problèmes de santé avant ou pendant la grossesse	1	2	<input type="text"/>
F	Stress/anxiété/dépression	1	2	<input type="text"/>
G	Violence domestique/conjuguale	1	2	<input type="text"/>
H	Traitement médicamenteux en cours	1	2	<input type="text"/>

I	Statut VIH	1	2		<input type="checkbox"/>
J	Statut vaccinal contre le tétanos	1	2		<input type="checkbox"/>
K	Saignements	1	2		<input type="checkbox"/>
L	Fièvre	1	2		<input type="checkbox"/>
M	Maux de tête ou vision trouble	1	2		<input type="checkbox"/>
N	Gonflement du visage ou des mains et des pieds	1	2		<input type="checkbox"/>
O	Fatigue ou essoufflement	1	2		<input type="checkbox"/>
P	La femme a senti le fœtus bouger	1	2		<input type="checkbox"/>
Q	Autres symptômes ou autres problèmes	1	2		<input type="checkbox"/>
R	Symptômes qui, selon la gestante, seraient liés à cette grossesse	1	2		<input type="checkbox"/>
S	Préparation à l'accouchement	1	2		<input type="checkbox"/>
(2.07)	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A SUIVI LES PROCÉDURES CI-APRÈS :	Oui	Non	Pré-rempli	NOTER LES RÉPONSES
A	Le prestataire prend des mesures pour assurer la confidentialité de l'examen	1	2		<input type="checkbox"/>
B	Le prestataire prend des mesures d'hygiène avant d'examiner ou toucher la gestante	1	2		<input type="checkbox"/>
C	Prendre le poids de la gestante	1	2	3	<input type="checkbox"/>
D	Prendre le pouls de la gestante	1	2	3	<input type="checkbox"/>
E	Mesurer la fréquence respiratoire de la gestante	1	2	3	<input type="checkbox"/>
F	Prendre la température de la gestante	1	2	3	<input type="checkbox"/>
G	Prendre la tension artérielle de la gestante	1	2	3	<input type="checkbox"/>
H	Auscultation thoracique	1	2		<input type="checkbox"/>
I	Examiner les conjonctives, les muqueuses linguales et labiales et les paumes des mains pour vérifier une anémie	1	2		<input type="checkbox"/>
J	Examiner les jambes et les pieds pour vérifier s'il y a un œdème qui persiste	1	2		<input type="checkbox"/>
K	Palper l'abdomen de la gestante pour apprécier la présentation fœtale (ou une échographie)	1	2		<input type="checkbox"/>
L	Mesurer la hauteur utérine	1	2		<input type="checkbox"/>
M	Écouter les battements du cœur du fœtus	1	2		<input type="checkbox"/>
N	Examiner les seins de la gestante	1	2		<input type="checkbox"/>
O	Demander le taux d'hémoglobine	1	2		<input type="checkbox"/>
P	Demander le groupe sanguin	1	2		<input type="checkbox"/>
Q	Demander le facteur rhésus	1	2		<input type="checkbox"/>
R	Effectuer un test d'urine à la recherche d'albumine et de glucose	1	2		<input type="checkbox"/>
S	Orienter la gestante pour un test de dépistage de la syphilis	1	2		<input type="checkbox"/>
T	Proposer et orienter la gestante pour un dépistage volontaire du VIH	1	2		<input type="checkbox"/>
U	Regarder le carnet de santé de la gestante (soit avant le début de la consultation soit pendant la collecte des informations soit pendant l'examen de la patiente)	1	2		<input type="checkbox"/>
V	Le prestataire explique les différents résultats de l'examen clinique et paraclinique à la femme enceinte	1	2		<input type="checkbox"/>
(2.08)	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A ADMINISTRÉ À LA FEMME ENCEINTE L'UN DES TRAITEMENTS OU CONSEILS CI-APRÈS :	Oui	Non	NOTER LES RÉPONSES	
A	Prescription ou administration des compléments en fer ou en acide folique (IFA) ou les deux (à partir de 6 mois)	1	2 ► (2.08E)		<input type="checkbox"/>
B	Explication du rôle du fer et de l'acide folique	1	2		<input type="checkbox"/>
C	Explication de la posologie du fer ou de l'acide folique	1	2		<input type="checkbox"/>
D	Explication des effets secondaires des compléments en fer	1	2		<input type="checkbox"/>
E	Prescription ou administration d'une injection du vaccin antitétanique (VAT)	1	2 ► (2.08G)		<input type="checkbox"/>
F	Explication du rôle de l'injection de vaccin antitétanique (VAT)	1	2		<input type="checkbox"/>

G	Prescription ou administration d'un traitement préventif intermittent antipaludéen	1	2 ► (2,08L)	<input type="checkbox"/>
H	Explication du rôle du traitement préventif intermittent (TPI= 1ere et 2eme dose)	1	2	<input type="checkbox"/>
I	Explication de la posologie des médicaments contre le paludisme	1	2	<input type="checkbox"/>
J	Explication des éventuels effets secondaires des antipaludéens	1	2	<input type="checkbox"/>
L	Prescription ou administration d'un traitement antipaludéen par de la Quinine ( Quinimax)	1	2	<input type="checkbox"/>
M	Prescription ou administration d'un traitement antipaludéen par l'association arthesunate + amodiaquine ou lumefantrine ( Exemple Coartem)	1	2	<input type="checkbox"/>
(2.09)	OBSERVEZ SI LA FEMME ENCEINTE RECOIT :	Oui	Non	NOTEZ LES RÉPONSES
A	La première dose de Traitement Préventif Intermittent au sein de la formation sanitaire	1	2	<input type="checkbox"/>
B	Une moustiquaire imprégnée d'insecticide	1	2	<input type="checkbox"/>
(2.10)	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNÉ À LA FEMME ENCEINTE L'UN DES CONSEILS CI-APRÈS À PROPOS DE LA PRÉPARATION :	Oui	Non	NOTEZ LES RÉPONSES
A	Quantité ou qualité de nourriture à manger pendant la grossesse	1	2	<input type="checkbox"/>
B	Femme informée de l'évolution de la grossesse	1	2	<input type="checkbox"/>
(2.11)	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A MENTIONNE LES signes et symptômes ci-après comme facteurs de risque pour lesquels la femme devrait revenir au Centre de santé :	Oui	Non	NOTEZ LES RÉPONSES
A	Saignement vaginal	1	2	<input type="checkbox"/>
B	Fièvre	1	2	<input type="checkbox"/>
C	Fatigue ou essoufflement excessif	1	2	<input type="checkbox"/>
D	Gonflement des mains et de la face	1	2	<input type="checkbox"/>
E	Violent mal de tête ou vision trouble	1	2	<input type="checkbox"/>
(2.12)	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNÉ DES CONSEILS À PROPOS DE L'ACCOUCHEMENT SOUS L'UNE DES FORMES CI-APRÈS :	Oui	Non	NOTEZ LES RÉPONSES
A	A demandé à la femme enceinte le lieu où elle va accoucher	1	2	<input type="checkbox"/>
B	A conseillé la femme enceinte de se préparer pour l'accouchement (ex. mettre l'argent de côté, se préparer pour un transport d'urgence)	1	2	<input type="checkbox"/>
C	A conseillé la femme enceinte de recourir à un agent de santé qualifié pour l'accouchement	1	2	<input type="checkbox"/>
D	A parlé avec la femme enceinte des éléments à avoir à portée de main en cas d'accouchement à la maison (ex. les lames stériles)	1	2	<input type="checkbox"/>
E	A parlé de l'importance de vacciner le nouveau-né	1	2	<input type="checkbox"/>
(2.13)	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A CONSEILLÉ L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF JUSQU'À 6 MOIS.	1	2	<input type="checkbox"/>
(2.14)	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A PARLÉ DE LA CONNAISSANCE ET PRATIQUE DU PLANNING FAMILIAL	Oui	Non	NOTEZ LES RÉPONSES
A	A demandé si la femme enceinte a entendu parler des méthodes contraceptives	1	2	<input type="checkbox"/>
B	A demandé si la femme enceinte a déjà pratiqué l'une des méthodes contraceptives	1	2	<input type="checkbox"/>
C	A demandé si la femme enceinte a l'intention de pratiquer une des méthodes contraceptives après la grossesse	1	2	<input type="checkbox"/>
D	A demandé si la femme enceinte connaît un lieu d'offre de service de PF	1	2	<input type="checkbox"/>

(2.15)	NOTEZ SI LE PRESTATEUR A DONNE DES INFORMATIONS SUR DES METHODES DU PLANNING FAMILIAL (OU DU CONTRÔLE DES NAISSANCES) À PRATIQUER APRÈS L'ACCOUCHEMENT	Oui	Non	NOTEZ LES RÉPONSES
A	A parlé des méthodes dites barrières à la conception (préservatif masculin, préservatif féminin)	1	2	<input type="checkbox"/>
B	A parlé des méthodes hormonales de contraception (COP, dépo-provera, injections, implants, DIU)	1	2	<input type="checkbox"/>
C	A parlé des méthodes chirurgicales de contraception (vasectomie, ligature des trompes)	1	2	<input type="checkbox"/>
D	A parlé des méthodes traditionnelles de contraception (coit interrompu, calendrier basé sur la température corporelle/surveillance du mucus du col de l'utérus)	1	2	<input type="checkbox"/>
E	A comparé les différentes méthodes de contraception en terme d'effectivité et de coût	1	2	<input type="checkbox"/>
(2.16)	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ SI LA GESTANTE A DES QUESTIONS ET L'A ENCOURAGÉE À POSER DES QUESTIONS.	1	2	<input type="checkbox"/>
(2.17)	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A UTILISÉ UN SUPPORT VISUEL POUR L'ÉDUCATION À LA SANTÉ OU POUR LE COUNSELLING PENDANT LA CONSULTATION.	1	2	<input type="checkbox"/>
(2.18)	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A ÉCRIT SUR LE CARNET DE SANTÉ DE LA FEMME ENCEINTE	Oui Non mais avait le carnet Aucun carnet de santé utilisé	1 2 3	<input type="checkbox"/>
(2.19)	NOTEZ LE RÉSULTAT DE LA CONSULTATION [NOTEZ LE RÉSULTAT À LA FIN DE L'OBSERVATION]	La femme enceinte renvoyée à la maison La femme enceinte orientée (au laboratoire ou chez un prestataire) dans la même formation sanitaire La femme enceinte hospitalisée dans la même formation sanitaire La femme enceinte référée vers une autre formation sanitaire La femme enceinte envoyée vers une autre formation sanitaire pour des examens	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/>
(2.20)	Heure de clôture de la consultation ex. 7 h est 0700, 8 h 30 est 0830 et 19 h est 1900			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.20	TOTAL temps passé (MINUTES) en consultation			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(2.21)	Langue de la consultation	Français Lingala SWAHILI KIKONGO Autre, à préciser	1 2 3 4 97	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>RÉSULTAT DE L'INTERVIEW</b>				
ENTIEREMENT REMPLI		1		<input type="checkbox"/>
PARTIELLEMENT REMPLI		2		
LE RESPONSABLE A REFUSÉ L'ENTREVUE		3		
LE RESPONSABLE EST ABSENT (LE PERSONNEL PRESENT N'EST PAS AUTORISÉ)		4		
LA FORMATION SANITAIRE EST VIDE (AUCUN MEMBRE DU PERSONNEL N'EST PRESENT)		5		
AUTRE, PRÉCISER: _____		6		
<p>Commentaires de l'observateur à propos de la consultation</p>				