Etude longitudinale des acceptantes de MLDAR au Sénégal
Guide d'interview approfondie de mi-parcours

Mise en forme

- Pour commencer, pourriez-vous me parler un peu plus de vous-même?
    - Qui sont toutes les personnes qui vivent avec vous?
    - Combien d'enfants avez-vous?
    - Quel genre de travail faites-vous?
    - Depuis combien de temps êtes-vous mariée / vivez-vous avec votre partenaire?

Expériences générales de l'utilisation des MLDAR [méthodes à longue durée d'action et réversibles)
Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur l'implant/ DIU que vous avez commencé il y a environ six mois.

- Pourquoi avez-vous fini par utiliser cette méthode?
    - Comment en avez-vous entendu parler pour la première fois?
    - Pourquoi avez-vous choisi cette méthode parmi les autres options?
- Où avez-vous obtenu cette méthode?
    - Pourquoi avez-vous décidé de le faire là-bas?
    - Globalement, à quel point avait-il été facile ou difficile pour vous d'obtenir cette méthode? Dites-moi qu'est-ce qui vous incite à penser ainsi?
- Quelle a été votre expérience de l'utilisation de cette méthode?
    - Dans l'ensemble, à quel point avez-vous aimé utiliser cette méthode? Qu'est-ce qui vous fait dire cela?

Expérience des effets secondaires

- Quelle expérience avez-vous eue des effets secondaires
- De quelle manière vos règles ont-elles changé depuis que vous avez commencé à utiliser cette méthode?
    - Combien de fois avez-vous eu vos règles depuis que vous avez commencée à utiliser cette méthode?
        - *Si vous avez eu des règles depuis le début de l'utilisation:*
            - Quelle est la durée de vos règles comparée à avant que vous n'utilisiez la méthode? Combien de jours vos dernières règles ont--elles duré?
            - Quels changements avez-vous remarqué dans votre saignement?
            - Quels sentiments éprouvez-vous au sujet de ces changements?
            - A quel point étiez-vous inquiète quand vous avez remarqué ces changements pour la première fois? Pourquoi étiez-vous inquiète ou pas inquiète?
- En plus de vos règles, avez-vous vécu un saignement **depuis** que vous avez commencé à utiliser cette méthode?
    - *Si oui:*
        - Quelle a été votre expérience des saignements?
        - Quels sentiments éprouvez-vous au sujet de ces changements?
        - A quel point étiez-vous inquiète quand vous avez remarqué ces changements?
        - Pourquoi étiez-vous inquiète ou pas inquiète?
- Quels autres effets secondaires, s'il y a lieu, avez-vous vécus depuis que vous avez commencé à utiliser cette méthode?

- Combien de temps ces effets secondaires ont-ils duré?
- Globalement, à quel point les effets secondaires ont-ils été problématiques pour vous?
    - Dans quelle mesure les effets secondaires ont-ils affecté votre capacité à mener votre vie? Qu'est-ce qui vous fait dire cela?

Partenaire et soutien social autour des effets secondaires

- Est-ce que votre mari/ partenaire est au courant de ces effets secondaires?
    - *Si oui:*
        - Comment a-t-il su?
        - Quelles sont ses opinions à leur sujet?
        - Dans quelle mesure ces effets secondaires ont-ils touché votre relation avec votre mari/partenaire? Qu'est-ce qui vous incite à penser ainsi?
    - *Si non*: Pourquoi pas?
- En plus de votre mari/partenaire, qui d'autre au sein de votre famille ou entre amis sait que vous avez vécu ces effets secondaires?
    - Qu'en pensent-ils?
    - Qu'est-ce que, s'il y a quelque chose, vous ont-ils dit de faire à ce propos?

Conseil et traitement des effets secondaires

- Lorsque vous avez commencé cette méthode, dans quelle mesure le prestataire vous a-t-il parlé des effets secondaires?
    - Quels sont les effets secondaires dont le prestataire vous a parlé?
    - Qu'est-ce que le prestataire vous a dit de faire lorsque vous avez des effets secondaires?
    - Qu'est-ce que le prestataire vous a dit pour faire retirer votre implant/ DIU si vous le souhaitiez?
    - Où est ce que le prestataire vous a dit d'aller au cas où vous voudriez faire retirer l'implant /DIU?
- Depuis que vous avez commencé cette méthode, avez-vous parlé à un prestataire sur les effets secondaires que vous rencontrez?
    - *Si non*: Pourquoi pas?
    - *Si oui:*
        - Où êtes-vous allée? Pourquoi avez-vous décidé d'y aller?
        - Qu'est-ce que le prestataire vous a dit de faire?
        - Dans quelle mesure le prestataire est-il capable de vous aider avec vos effets secondaires?
- Quoi d'autre, s'il y a quelque chose, avez-vous fait au sujet de vos effets secondaires? Pourquoi?
- Utilisez-vous toujours cette méthode?
    - *Si oui – passez à POUR LES CONTINUANTES*
    - *Si non*: Quelle méthode, le cas échéant, utilisez-vous actuellement?
        - *Si la participante utilise une autre méthode, passez à CHANGEANTES*

      Si n'utilise aucune méthode*, passez à POUR LES DISCONTINUANTES*

POUR LES CONTINUANTES

- Avez-vous jamais pensé à faire retirer votre DIU/ implant?
    - *Si oui*:
        - Quelle est la principale raison pour laquelle vous vouliez qu'il soit retiré?

        - Dans quelle mesure votre expériences avec es effets secondaires contribuaient à votre désir de le faire enlever?
        - A qui, s'il y a quelqu'un, avez-vous parlé à propos de votre souhait de retirer votre DIU/ implant? Qu'ont-ils dit?
        - Pourquoi aviez-vous décidé de ne pas le faire enlever?
    - *Si non*: Qu'est-ce qui fait que vous voulez continuer à utiliser cette méthode même si vous éprouvez des effets secondaires?

POUR LES CHANGEANTES et POUR LES DISCONTINUANTES

- Quelle était la principale raison pour laquelle vous avez décidé d'arrêter d'utiliser votre DIU/implant?
    - Dans quelle mesure vos expériences avec des effets secondaires ont contribué à cette décision?
    - A qui, s'il y a quelqu'un, avez-vous parlé de votre souhait de retirer votre DIU/ implant? Qu'ont- ils dit?
- Où est ce que vous êtes fait retirer le DIU implant??
    - Pourquoi avez-vous décidé d'y aller pour se faire enlever?
    - Quel est votre satisfaction par rapport à la procédure que vous avez reçu pour retirer votre DIU / implant? Qu'est ce qui vous incite à penser ainsi?
    - Globalement, à quel point avait-il été facile ou difficile pour vous pour vous d'obtenir qu'il soit retiré?

POUR LES CHANGEANTES UNIQUEMENT: Quelle méthode utilisez-vous actuellement?

- Pourquoi avez-vous choisi cette méthode parmi les autres options?
- Où avez-vous obtenu cette méthode?
- Globalement, à quel point êtes-vous satisfaite avec cette méthode?
    - Que pensez-vous de cette méthode par rapport au DIU / implant que vous aviez enlevé? Qu'est-ce que vous aimez le plus à ce sujet? Qu'est-ce que vous aimez le moins?
    - Combien de temps pensez-vous que vous allez continuer à utiliser cette méthode?

POUR LES DISCONTINUANTES UNIQUEMENT: Pourquoi actuellement n'utilisez-vous pas une méthode?

- Avec qui avez-vous discuté de cette décision? Qu'est-ce- qu'ils ont dit?
- Avez-vous pensé à utiliser une autre méthode, mais vous avez décidé de ne pas le faire?
    - *Si oui:*
        - Quelle méthode avez-vous pensé utiliser?
        - Qu'est ce qui vous a empêché en fait d'utiliser cette méthode?
    - *SI non:*
        - Quelles sont les différentes raisons pour lesquelles vous n'avez pas envisagé d'utiliser une autre méthode?
        - Etes-vous toujours intéressée à la prévention de la grossesse?

POUR TOUTES- Les derniers mots

- De quelles informations pensez-vous, les femmes ont-elles besoin avant de décider d'utiliser un DIU ou un implant?
- Quels services pourraient vous assister ou d'autres femmes qui éprouvent des effets secondaires?
- Avez-vous des questions finales ou des recommandations à faire?

Fiche d'extraction IA

Instructions*: Remplissez cette fiche d'information pour vous assurer que toutes les informations sociodémographiques et les informations générales ont été recueillies durant cette interview*

Numéro d'identification de la Participante(ID): [___|___|___|___|___]

A. L'âge de la participante au dernier anniversaire (en années): [__|__]

B. Plus haut niveau d'études
   1. Aucun achevé
   2. Primaire
   3. Secondaire ou Supérieur

C. Statut matrimonial
   1. Mariée ou vivante ensemble
   2. Divorcée/Séparée
   3. Veuve
   4. Jamais mariée et n'a jamais vécu avec quelqu'un

D. Religion
   1. Chrétienne
   2. Musulmane
   3. Aucune
   4. Autre: _____

E. Nombre d'enfants vivants: [__|__]

F. Milieu
   1. Rural
   2. Urbain

G. Canal de prestation de service par le biais duquel la méthode est obtenue
   1. Centre de santé publique
   2. Clinique mobile/Sensibilisation
   3. Centre de santé privé

H. MLDAR initié au début de l'étude
   1. Implant
   2. DIU

I. Statut contraceptif actuel
   1. Continuante
   2. Changeante de méthode
   3. Discontinuantes

J. Si changeante, nouvelle méthode:
   1. Injectable
   2. Pilules orales
   3. Autres: _____

K. Si changeante de méthode ou discontinuante:

Nombre de mois après lesquels DIU/implant a été retiré [___]

L. Effets secondaires vécus (encerclez tout ce qui a été discuté)
   1. Aménorrhée
   2. Saignements abondants
   3. Tâches
   4. Douleur abdominale
   5. Douleur mammaire
   6. Céphalées
   7. Nausées / vomissements
   8. Autres (précisez)