|  |
| --- |
|  |

**ENQUÊTE 2018 SUR LES PRODUITS ET LES SERVICES DE SANTÉ REPRODUCTIVE**

**Formulaire de recueil des données**

**Points de Prestations de Services (PPS)**

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’ENTRETIEN** |
| Pays : SENEGAL  Date de l’enquête : **/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_///\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_///\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_//\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/**  Numéro du questionnaire |
| Nom de l’enquêteur ……………….......……………………………...Code de l’enquêteur  Dans le cas où l’entretien se fait sur deux visites, remplir chaque ligne du tableau.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Date | N° visite | Heure de début | Heure de fin | Durée | Observations | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |
| Vérification du questionnaire et attestation de son remplissage en bonne et due forme  Nom du superviseur…………………………………………… Code du superviseur  Signature ………………………………………………………  Date :**/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_///\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_///\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_//\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/** |

|  |
| --- |
| Le questionnaire comporte deux parties : le module 1 (sections 1 à 13) porte sur l’établissement de santé/point de prestation de services et le module 2 (sections 14 et 15) constitue l’entretien mené à la sortie avec les clients.  L’enquêteur doit administrer le module 1 au responsable du point de prestation de services ou à la personne de rang hiérarchique le plus élevé présente dans l’établissement le jour de l’enquête. Il doit saluer le répondant, se présenter et expliquer l’objet de sa visite.  Afin que le répondant accorde son consentement éclairé à l’entretien, il devra lui lire ce qui suit :   * Votre établissement a été choisi pour participer à cette enquête. Je vais vous poser des questions sur divers aspects des produits et des services de santé reproductive dispensés par votre établissement, notamment sur la planification familiale. * Les informations obtenues auprès de votre établissement et d’autres permettront au ministère de la Santé et de l’Action Sociale et à d'autres partenaires de comprendre la situation et de mieux planifier afin d'améliorer la prestation des services. * Le questionnaire comporte deux parties : la première concerne le prestataire de soins, c’est-à-dire vous, et la seconde s’adresse aux personnes qui se rendent dans l’établissement pour bénéficier des services de planification familiale. J’aurai besoin de votre autorisation pour conduire les entretiens à la sortie avec les clients le moment venu. * Vous êtes assuré que votre nom et celui des autres agents de santé désignés pour répondre à ces questions ou le nom des clients NE SERONT PAS mentionnés ou inclus dans les données ou les rapports de cette enquête. * Vous avez le droit de refuser de répondre à une question ou de mettre fin à l’entretien à tout moment. J’espère cependant que vous répondrez aux questions, car cela permettra de renforcer les mesures nationales en matière de prestation de services de santé reproductive et notamment de planification familiale. * Si une autre personne est mieux habilitée à répondre à certaines questions, je vous remercie de me la présenter afin qu’elle m’aide à recueillir les informations concernées. * Avez-vous des questions à me poser à propos de l’enquête ? Êtes-vous d’accord pour continuer ?   OUI NON Fin de l’Entretien  L’enquêteur peut démarrer l’entretien lorsqu’il a obtenu le consentement du répondant. À la fin de l’entretien concernant le point de prestation de services (sections 1 à 13), remerciez le répondant du temps qu’il vous a consacré et des informations qu’il vous a fournies. Demandez-lui son autorisation, ou celle des autorités compétentes, pour mener l’entretien à la sortie avec les clients de la planification familiale (sections 14 et 15). |

**MODULE 1 :**

**DISPONIBILITÉ DES PRODUITS ET DES SERVICES**

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 1 : IDENTIFICATION DE L’ÉTABLISSEMENT (nom, lieu et distance)** | |
| **N °** | **ITEMS** |
| **001** | Nom du point de prestation de services (PPS) …………………………………………………………….… |
| **002** | 002.1 Région médicale : …………………………………………………………………………………………Code région :  002.2 District sanitaire : …………………………………………………………………………………………. Code DS :  002.3 Commune :……………………………………………………………………………………... |
| **003** | Contact téléphonique du répondant : ……………………………………………………………………………………... |
| **004** | Le PPS se trouve-t-il dans une zone urbaine ou une localité rurale (selon la classification en usage dans votre pays) ?  1 Urbaine  2 Rurale  3 Insulaire |
| **005** | Quelle distance sépare l’établissement de santé de l’entrepôt, du magasin ou de l’établissement  le plus proche qui l’approvisionne habituellement en produits médicamentaux? (en kilomètres) |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 2 : TYPE DE POINT DE PRESTATION DE SERVICES (PPS) ET SERVICES ASSURÉS** | |
| **006** | Quel est le type de point de prestation de services ?  1. Établissement/point de prestation de services de soins primaires - Poste de santé / Dispensaire / Cabinet paramédical  2. Etablissement/point de prestation de services de soins secondaires - Centre de santé / cabinet médical / ou équivalent  3. Etablissement/point de prestation de services de soins tertiaires - Hôpital/ Polyclinique spécialisée |
| **007** | Quel est le mode de gestion du PPS ?  1.Public (Etat)        2. Privé lucratif        3.Confessionnel 4.ONG  5. Collectivité 6. Autres  (préciser ..................................) |
| **008** | Cet établissement assure-t-il des services de planification familiale ?  1. Oui      2. Non  (Si non, SAUTER les sections 3 et 5) |
| **009** | Cet établissement assure-t-il des services de santé maternelle, notamment des services d’accouchement ?  (par exemple, est-il doté d’un service maternité ou d’une salle d’accouchement) ?    1 Oui    2.Non  (Si Non, SAUTER la section 4) |



































































|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 6 : CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT**  ***[Questions à poser à tous les types de points de prestation de services]*** | |
| **024**  Qui est le principal responsable de la commande de fournitures médicales de l’établissement ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Médecin     2. Pharmacien   3. Infirmière/Infirmier   4. Sage-femme 5. Dépositaire 6. Comité de santé   7. Autre (préciser) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **025**  Quelle méthode l'établissement utilise-t-il pour déterminer la quantité de contraceptifs à réapprovisionner ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Un ou plusieurs employés de l’établissement utilisent une formule pour calculer la quantité à réapprovisionner et effectuer la demande  2. La stratégie Push model réapprovisionne directement le PPS  3. Une autre institution/entrepôt qui fournit l’établissement détermine la quantité  4. Autre méthode utilisée (préciser) |
| **026**  Le PPS utilise-t-il des formulaires logistiques pour enregistrer et commander les fournitures ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui *(existence de ces formulaires vérifiée par l’enquêteur)*  2. Oui (*existence de ces formulaires non constatée par l’enquêteur*)  3. Non, pas de formulaires logistiques |
| **027**  Quel est le **principal pourvoyeur** des médicaments et des fournitures utilisés habituellement ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Dépôt de produits médicaux central 4. ONG 2. Entrepôt ou institution régional(e)/district 5. Donateurs 3. Dépôt de produits médicaux local sur site   6. Sources privées |
| **028**  Qui est responsable du transport des produits jusqu’à votre établissement ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Gouvernement (PRA/PNA)  2. Autorités locales/ district  3. L’établissement lui-même  4. ONG  5. Autre (préciser) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **029**  Quel est le délai moyen approximatif entre la commande et la réception des produits ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Moins de 2 semaines   3. De 1 à 2 mois 5.De 4 à 6 mois  2. De 2 semaines à 1 mois 4.De 2 à quatre 4 mois  6. Plus de 6 mois |
| **030**  Quelle est la fréquence moyenne de réapprovisionnement de l’établissement ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Mensuelle  3. Trimestrielle 5. Annuelle  2. Bimensuelle   4. Semestrielle |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 7 : EXISTENCE D’UNE CHAÎNE DU FROID SUR LE SITE DU POINT DE PRESTATION DE SERVICES**  ***[Questions à poser à tous les types de points de prestation de services]*** | |
| **031**  Le PPS possède-t-il sa propre chaîne du froid pour stocker les médicaments ou les dispositifs médicaux ? | 1. Oui    2. Non   (Si «  non  », passer à l’item 36) |
| **032**  Si «  oui » à l’item 031, noter les médicaments ou les dispositifs médicaux pour la santé maternelle/reproductive que le PPS stocke dans sa chaîne du froid. |  |
| **033**  Si « oui » à l’item 031, de quel type de chaîne du froid le PPS dispose-t-il ? | 1. Réfrigérateur électrique  2. Glacière (le PPS doit renouveler la glace à intervalle régulier)  3. Réfrigérateur à gaz 4. Réfrigérateur solaire  5. Autre (préciser) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **034**  Si le type de chaîne du froid (mentionné à l’item 033) est un réfrigérateur, indiquer sa source d’alimentation électrique | 1. Réseau SENELEC   3. Groupe électrogène portable sur le site du PPS  2. Groupe électrogène sur le site du PPS 4. Solaire  5. Autre (préciser) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **035**  Si le PPS ne possède pas sa propre chaîne du froid, comment conserve-t-il les produits à réfrigérer ? | ……………………………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 8 : FORMATION DU PERSONNEL À LA PLANIFICATION FAMILIALE**  ***[Questions à poser à tous les types de points de prestation de services]*** | |
| **036**  Des employés du PPS sont-ils formés à la prestation de services de planification familiale ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui     2. Non   (Si « non », passer à la section 9) |
| **037**  Si oui, indiquer le nombre d’employés formés à la prestation de services de planification familiale | […………….] |
| **038**  Des employés sont-ils spécifiquement formés à la pose et au retrait d’implants contraceptifs ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui 2. Non |
| **039**  Si oui, indiquer le nombre d’employés spécifiquement formés à la pose et au retrait d’implants contraceptifs | […………….] |
| **040**  Le personnel formé dispense-t-il effectivement des services de planification familiale ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui   2. Non |
| **041**  Si « non » à l’item 040, indiquer la raison pour laquelle le personnel ne dispense PAS de services de planification familiale | 1. Absence de matériels adéquats 3. Autres à préciser 2. Absence de locaux adaptés |
| **042**  Quand des employés du PPS ont-ils participé pour la dernière fois à une formation à la prestation de services de planification familiale ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Au cours des 2 derniers mois        3. Il y a de 6 mois à 1 an  2. Il y a de 2 à 6 mois  4.   Il y a plus d’un an |
| **043**  La formation portait-elle sur la pose et le retrait d’implants contraceptifs ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui 2.  Non 2 |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 9 : SUPERVISION DU PERSONNEL EN CHARGE DE LA SANTÉ REPRODUCTIVEet notamment de la planification familiale**  ***[Questions à poser à tous les types de points de prestation de services]*** | |
| **044**  Quand un superviseur SR/SE s’est-il rendu pour la dernière fois dans ce PPS au cours des 12 derniers mois ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Il y a moins d’un mois    4. Il y a entre 6 mois et 1 an  2. Il y a entre 1 et 3 mois    5. Aucune supervision au cours des 12 derniers mois  3. Il y a entre 3 et 6 mois 6. Non concerné **(Si « non concerné, passez à la section 10)** |
| **045**  Quelle est la fréquence des visites du superviseur SR/SE à l'établissement ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Hebdomadaire    3. Trimestrielle 5. Annuelle  2. Mensuelle    4. Semestrielle |
| **046**  Sur lequel des points suivants la supervision a-t-elle porté principalement ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Pratiques cliniques du personnel  2. Rupture de stock et arrivée à expiration des médicaments  3. Disponibilité et formation du personnel  4. Exhaustivité et qualité des données, production de rapports en temps utile  5. Évaluation de l’utilisation d'une directive ou d'un outil de travail spécifique à la santé reproductive  6. Autre (préciser) ………………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 10 : EXISTENCE DE DIRECTIVES, DE NORMES, DE PROTOCOLES, DE LISTE DE DIRECTIVES, DE LISTES DE CONTRÔLE ET D’OUTILS DE TRAVAIL**  ***[Questions à poser à tous les types de points de prestation de services]*** | |
| **047**  L’établissement dispose-t-il de directives en matière de planification familiale (nationales ou de l’OMS ?) *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui (présence de directives vérifiée par l'enquêteur)  2. Oui (présence de directives non vérifiée)  3. Pas de directives |
| **048**  L’établissement dispose-t-il de listes de contrôle et/ou d’outils de travail relatifs à la planification familiale ?*(Une seule réponse possible)* | 1. Oui (présence de listes de contrôle et/ou d’outils de travail vérifiée par l'enquêteur)  2. Oui (présence de listes de contrôle et/ou d’outils de travail non vérifiée)  3. Pas de listes de contrôle et/ou d’outils de travail |
| **049**  L’établissement dispose-t-il de directives en matière de soins prénatals (nationales ou de l’OMS ?) *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui (présence de directives vérifiée par l'enquêteur)  2. Oui (présence de directives non vérifiée)  3. Pas de directives |
| **050**  L’établissement dispose-t-il de listes de contrôle et/ou d’outils d’enregistrements en matière de soins prénatals ?*(Une seule réponse possible)* | 1. Oui (présence de listes de contrôle et/ou d’outils de travail vérifiée par l'enquêteur)  2. Oui (présence de listes de contrôle et/ou d’outils de travail non vérifiée)  3. Pas de listes de contrôle et/ou d’outils de travail |
| **051**  L’établissement dispose-t-il d'une directive en matière de gestion des déchets ?*(Une seule réponse possible)* | 1. Oui (présence de directives vérifiée par l'enquêteur)  2. Oui (présence de directives non vérifiée)  3. Pas de directives |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 11 : DISPONIBILITÉ ET UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE L’INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION (TIC)**  ***[Questions à poser à tous les types de points de prestation de services]*** | |
| **052**  L’établissement utilise-t-il les TIC ? *(voir la liste à l’item 053 ci-dessous)* - *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui (existence vérifiée par l’enquêteur)  2. Oui (existence non vérifiée)  3. Non, TIC non utilisées (Si « non », passer à l’item 57 de la section 12) |
| **053**  Si « oui », quel(s) type(s) de TIC le PPS utilise-t-il ? *(Plusieurs réponses possibles)* | 1. Ordinateurs        2. Téléphones portables simples – Combinés de base – Téléphone fixe  3. Téléphones portables/ Smartphones/ Tablettes    4. Accès à Internet – LAN (par câble)                  5. Accès à Internet – Wifi  6. Autre (à préciser) …………………..  ***NB : Encerclez la (les) réponse(s) correspondante(s)*** |
| **054**  D’où proviennent les TIC utilisées par le PPS ? *(Plusieurs réponses possibles)* | 1. Appareils appartenant à des employés         4. Don  2. Fournies par le gouvernement             5. Fournies par le comité de santé  3. Fournies par le propriétaire du PPS 6. Autre (préciser) ……………  ***NB : Encerclez la (les) réponses correspondante(s)*** |
| **055**  Quels sont les principaux usages des TIC ?*(Plusieurs réponses possibles) (les classer par ordre d’importance)* | 1. Enregistrement des patients  **1er choix**  2. Tenue des dossiers de l’établissement  3. Dossiers individuels des patients/Dossier médical électronique  4. Logiciel de demande de remboursement à l’assurance maladie  **2ème choix**  5. Transferts d’argent et paiement sur téléphone portable  6. Communication normale  7. Consultations cliniques (communication longue distance avec des experts)  **3ème choix**  8. Activités de sensibilisation et de création de demande  9. Gestion de la chaîne d’approvisionnement/contrôle des stocks  10. Formation des agents sanitaires  11. Autre (préciser) ………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 12 : GESTION DES DÉCHETS *[Questions à poser à tous les types de PPS]*** | |
| **056**  Quel est le principal mode de gestion des déchets biomédicaux  dans le PPS?  *(Une seule réponse possible)* | 1. Brûlés sur le site du PPS  2. Enterrés dans des décharges spéciales sur le site du PPS  3. Recours à des incinérateurs  4. Collecte centrale par une organisation spécifique aux fins de mise au rebut en dehors du PPS  5. Jetés avec les ordures ménagères  6. Récupération par le niveau supérieur (hôpital / District)  7. Autre à préciser ………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 13 : FACTURATION DES SERVICES AUX USAGERS *[Questions à poser à tous les types de PPS]*** | |
| **057**  L’établissement facture-t-il les consultations de routine aux patients ? *(Une seule réponse possible)* | 1 Oui             2 .Non |
| **058**  Si oui, un ou plusieurs des services suivants sont-ils gratuits ? *(Plusieurs réponses possibles)* | 1. Services de planification familiale  2. Services de soins prénatals  3. Services d’accouchement  4. Services de soins postnatals ***NB : Encerclez la (les) réponse(s) correspondante(s)***  5. Services de soins néonatals  6. Soins aux enfants malades de moins de 5 ans  7. Autres (préciser) ………………………….. |
| **059**  L’établissement facture-t-il les médicaments aux patients ? *(Une seule réponse possible)* | 1 .Oui        2.Non |
| **060**  Si oui, un ou plusieurs des médicaments suivants sont-ils gratuits ? *(Plusieurs réponses possibles)* | 1. Produits de planification familiale  2. Médicaments pour la santé maternelle  3. Médicaments pour la santé infantile  4. Autres (préciser) ………………  ***NB : Encerclez la (les) réponses correspondante(s)*** |
| **061**  L’établissement facture-t-il aux patients les consultations spécialisées ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui 1     2. Non |
| **062**  Si oui, un ou plusieurs des services suivants sont-ils gratuits ? *(Plusieurs réponses possibles)* | 1. Pose et retrait de stérilet  2. Pose et retrait d’implants  3. Stérilisations féminines  4. Stérilisations masculines  5.  Césariennes  6. Autres (préciser) …………………………….  ***NB : Encerclez la (les) réponses correspondante(s)*** |

|  |
| --- |
| **REMARQUE :**  **À ce point de l’entretien,**  **1)**       **remerciez le répondant pour le temps qu’il vous a consacré et les informations qu’il vous a fournies ;**  **2)**       **informez-le que, comme vous le lui avez annoncé au départ, la partie suivante de l’enquête nécessite que vous interrogiez des clients venus au PPS pour des services de planification familiale ;**  **3)**       **assurez-le que leurs réponses ne se retourneront ni contre eux ni contre le PPS, mais permettront de comprendre le point de vue des clients et d’améliorer la prestation des services ;**  **4)**       **demandez à l’autorité compétente au sein du PPS l’autorisation de mener l’entretien à la sortie des clients.** |

**MODULE 2 :**

**ENTRETIEN À LA SORTIE – PERCEPTION DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE ET ÉVALUATION DE LEUR COÛT PAR LES CLIENTS**

|  |
| --- |
| REMARQUE  Informez le répondant de ce qui suit :           Vous n’appartenez pas au personnel du PPS mais vous êtes là pour lui demander son opinion sur les services dont il vient de bénéficier.           Bien que le personnel du PPS vous ait autorisé à effectuer l’entretien, vous ne lui communiquerez pas les propos du répondant.           Les questions ne sont pas personnelles et aucun renseignement à son sujet ne sera noté, y compris son nom.           Sa réponse ne sera pas utilisée pour nuire à quelqu’un.           Il a le droit de refuser de répondre à une question ou de mettre fin à l’entretien à tout moment. Vous espérez cependant qu’il répondra aux questions car cela va permettre d’améliorer les services dispensés.           Invitez-le à vous poser ses éventuelles questions.  L’enquêteur peut alors demander au client s’il accepte de participer à l’entretien. Une fois ce consentement obtenu, l’enquêter peut démarrer l’entretien. |

|  |
| --- |
| Nom du point de prestation de services …………………………………………………………….… |
| Région médicale : ……………………………………………………………………………………………..  District sanitaire : ……………………………………………………………………………………………….  Commune : ………………………………………………………………………………………………. |
| Numéro de l’enquêté : ………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 14 : ENTRETIEN À LA SORTIE – PERCEPTION DES CLIENTS**  ***[À réaliser auprès des clients dans les locaux des PPS proposant des services de planification familiale (« oui » à l’item 008 ci-dessus)]*** | |
| **14.1 Renseignements sur le répondant** |  |
| **063**  Âge |  |
| **064**  Sexe | 1. Homme   2. Femme |
| **065**  Situation matrimoniale | 1. Marié(e)  2. Célibataire  3. Divorcé(e)  4. Veuf (ve) |
| **066**  Niveau d’éducation | 1. Pas d’éducation  2. Primaire  3. Secondaire et supérieure  4. Autre à préciser |
| **067**  À quelle fréquence vous rendez-vous au PPS pour des services de planification familiale ? *(Une seule réponse possible)* | 1 .Une fois par mois  2. Tous les 2 mois  3. Tous les 3 mois  4. Autres (préciser)   ………………………………………… |
| **14. 2 Aspects techniques** |  |
| **068**  Avez-vous pu bénéficier d’une méthode de planification familiale? *(Une seule réponse possible)* | 1 .Oui   2. Non |
| **069**  Le prestataire de services de planification familiale a-t-il tenu compte de vos préférences et de vos souhaits avant de choisir la méthode qui vous a été administrée ? *(Une seule réponse possible)* | 1 .Oui   2. Non |
| **070**  L’agent sanitaire vous a-t-il appris à utiliser la méthode de planification familiale ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui   2. Non |
| **071**  Avez-vous été informé(e) des effets secondaires courants de la méthode de planification familiale ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui   2. Non |
| **072**  L’agent sanitaire vous a-t-il informé(e) de la marche à suivre en cas d’effets secondaire de la méthode de planification familiale ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui   2. Non |
| **073**  L’agent sanitaire vous a-t-il informé(e) des complications graves éventuelles de la méthode de planification familiale nécessitant de revenir au PPS ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui   2. Non |
| **074**  Vous a-t-on fixé un rendez-vous pour une visite de contrôle et/ou la remise de fournitures supplémentaires ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui   2. Non |
| **14.3 Aspects organisationnels** |  |
| **075**  Avez-vous trouvé l’attente trop longue avant la prestation du service ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui   2. Non |
| **076**  Êtes-vous satisfait(e) de la propreté de l’établissement ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui   2. Non |
| **077**  Êtes-vous satisfait(e) de la confidentialité dont vous avez bénéficié dans la salle d’examen ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui   2. Non |
| **078**  Êtes-vous satisfait(e) du temps que le prestataire de soins vous a consacré ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui   2. Non |
| **14.4 Aspects relationnels** |  |
| **079**  Le personnel du PPS vous a-t-il traité(e) avec courtoisie et respect ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui   2. Non |
| **080**  L’un des prestataires de soins vous a-t-il forcé(e) à accepter la méthode de planification familiale dont vous avez bénéficié aujourd’hui ou a-t-il insisté pour que vous l’acceptiez ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui   2. Non |
| **081**  Êtes-vous satisfait(e) de l’attitude globale du prestataire de santé à votre égard ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui   2. Non |
| **14.5 Résultats** |  |
| **082**  Êtes-vous satisfait(e) du service reçu ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui   2. Non |
| **083**  Reviendrez-vous dans ce PPS ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui   2. Non |
| **084**  Recommanderiez-vous ce PPS à des membres de votre famille ou à des amis ? *(Une seule réponse possible)* | 1. Oui   2. Non |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 15 : ENTRETIEN À LA SORTIE – ÉVALUATION DU COÛT DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE PAR LES CLIENTS**  ***[À réaliser auprès des clients dans les locaux des PPS proposant des services de planification familiale (« oui » à l’item 008 ci-dessus)]*** | | | | | | | | | | | |
| **15.1 Paiement des services de planification familiale** | | | | | | | | |  | | |
| **085**  Avez-vous payé les services de planification familiale dont vous avez bénéficié aujourd’hui ? *(Une seule réponse possible) - (Si « oui », passez à l’item 086. Si* «*non », passez directement à l’item 087)* | | | | | | | | | 1. Oui   2.Non | | |
| **086**  Si vous avez payé aujourd’hui, combien la méthode suivante vous a-t-elle coûté (en FCFA) ? *(Plusieurs réponses possibles)* | | | | | | | | |  | | |
| 1. Carnet  /\_\_\_\_\_\_\_\_ / | | | | 2. Examen de laboratoire/radiographie  /\_\_\_\_\_\_\_\_ / | | | | | 3. Contraceptif remis par le prestataire de services  /\_\_\_\_\_\_\_\_ / | | |
| 4. Contraceptif acheté à la pharmacie  /\_\_\_\_\_\_\_\_ / | | | | 5. Consultation  /\_\_\_\_\_\_\_\_ / | | | | | 6. Autres (préciser)  ........................... /\_\_\_\_\_\_\_ / | | |
| **15.2 Coût du déplacement** | | | | | | | | |  | | |
| **087**  Quel moyen de transport principal avez-vous utilisé pour vous rendre de votre lieu de résidence au PPS ? *(Une seule réponse possible)*  1. Marche  2.Vélo 2  3.Moto  4. Bus/taxi   5.Véhicule privé   6.Autres (préciser)  ............................................................ | | | | | | | | | | | |
| **088**  Quelle distance sépare votre lieu de résidence du PPS ? /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / (Kilomètres) | | | | | | | | | | | |
| **089**  Combien vous a coûté le transport de votre lieu de résidence au PPS ? /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / (en FCFA) | | | | | | | | | | | |
| **090**  A combien estimez-vous le coût du transport de retour du PPS à votre lieu de résidence /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / (en FCFA) NSP | | | | | | | | | | | |
| **15.3 Temps passé et coût des services de planification familiale** | | | | | | | | |  | | |
| **091**  Quelle a été la durée du trajet entre votre lieu de résidence et le PPS aujourd’hui ? /\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ heures /\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ minutes | | | | | | | | | | | |
| **092**  Quel a été le délai d’attente entre votre arrivée au PPS et l’exécution du service aujourd'hui ? /\_\_\_\_\_\_\_\_/ heures /\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ minutes | | | | | | | | | | | |
| **093**  Quelle sera la durée du trajet de retour à votre lieu de résidence ? /\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ heures /\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ minutes NSP | | | | | | | | | | | |
| **094**  Quelle activité auriez-vous principalement effectuée pendant le temps que vous avez passé au PPS aujourd'hui ? *(Une seule réponse possible)*  1. Travaux ménagers  2. Travail sur l’exploitation agricole familiale  3. Vente au marché/commerce  4. Emploi d’ouvrier non qualifié  5. Emploi d’ouvrier qualifié  6. Emploi de bureau ou profession libérale  7. Autres (préciser)  ........................... | | | | | | | | | | | |
| **095**  Qui s’est chargé à votre place de l’activité mentionnée à l’item 095 ? *(Une seule réponse possible)* ***NB : Encerclez la réponse correspondante*** | | | | | | | | | | | |
| 1. Membre de la famille | | | | 1. Collègue | | | 1. Personne | | | 1. Autres (préciser)  ........................... | |
| **096**  Avez-vous dû payer la personne qui a effectué l'activité à votre place? *(Une seule réponse possible)* | | | | | | | | | | 1. Oui   2. Non 3. Non concerné | |
| **097**  Si oui, indiquez ou estimez la valeur monétaire du paiement. *(Une seule réponse possible)* | | | | | | | | | | /\_\_\_\_\_\_\_/ (montant en devise locale) | |
| **15.4 Financement des services de planification familiale** | | | | | | | | | |  | |
| **098**  D’où proviennent les ressources qui vous ont permis de payer les services de planification familiale dont vous avez bénéficié aujourd’hui ? *(Plusieurs réponses possibles) – Ne s’intéresser qu’aux paiements mentionnés à l’item 087 (paiement des services)* ***NB : Encerclez la (les) réponses correspondante(s)*** | | | | | | | | | | | |
| 1. Moi-même | 1. Conjoint(e) | | | | 1. Membres de la famille autres que le conjoint ou la conjointe | | | | | 1. Autres (préciser)  ........................... | |
| **99**  Quel montant avez-vous payé avec les ressources indiquées à l’item 099 pour régler le coût des services de planification familiale dont vous avez bénéficié aujourd’hui ? *(Plusieurs réponses possibles) – Ne concerne que les paiements mentionnés à l’item 087 (paiement des services)* ***NB : Encerclez la (les) réponses correspondante(s)*** | | | | | | | | | | | |
| 1. Moi-même   /\_\_\_\_\_\_\_/ (montant en devise locale) | | 1. Conjoint(e)   /\_\_\_\_\_\_\_/ (montant en devise locale) | | | | 1. Membres de la famille autres que le conjoint ou la conjointe   /\_\_\_\_\_\_\_/ (montant en devise locale) | | | | 1. Autres (préciser)  ...........................   /\_\_\_\_\_\_\_/ (montant en devise locale) | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **REMARQUE :**  **À ce stade,**  **1)**       **informez la personne que l’entretien est terminé et**  **2)**       **remerciez-la pour le temps qu’elle vous a consacré et les informations qu’elle vous a fournies.** |