



**ENQUETE 2014 SUR LES PRODUITS ET LES SERVICES DE SANTÉ DE
REPRODUCTION**

QUESTIONNAIRE DISPONIBILITÉ DES PRODUITS ET DES SERVICES

Les informations collectées au cours de cette enquête sont strictement confidentielles au terme de la loi N° 91/023 du 16 décembre 1991 sur les recensements et enquêtes statistiques.

CE QUESTIONNAIRE DOIT ETRE ADMINISTRE DE PREFERENCE AU RESPONSABLE DE LA GESTION ET L'APPROVISIONNEMENT DE LA FORMATION SANITAIRE OU DU POINT DE PRESTATION DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

SECTION 00 : RENSEIGNEMENTS GENERAUX

A. IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Q0001	NOM DE L'ETABLISSEMENT _____	(EN MAJ)
Q0002	NUMERO SÉQUENTIEL DE L'ETABLISSEMENT	_ _ _
Q0003	NOM DU QUARTIER/VILLAG : _____	
Q0004	RÉGION : _____	_ _
Q0005	DEPARTEMENT : _____	_ _
Q0006	ARRONDISSEMENT : _____	_ _ _
Q0007	DISTRICT DE SANTÉ : _____	_ _ _
Q0008	AIRE DE SANTÉ : _____	_ _
Q0009	ZONE D'IMPLANTATION DE L'ETABLISSEMENT 1=URBAINE 2=RURALE	_
Q0010	OFFRE DE SERVICE DE PLANIFICATION FAMILIALE PAR LA FOSA (Q0203) (ELIGIBILITE AU QUESTIONNAIRE CLIENT) 1= OUI 2= NON	_
Q0011	NOMBRE QUOTIDIEN MOYEN DE CLIENTS RECUS POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE	_ _
Q0012	NOMBRE DE CLIENTS RECUS CE JOUR DANS LA FOSA POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE	_ _
Q0013	NOMBRE DE CLIENTS ENQUÊTÉS	_ _

B – RENSEIGNEMENTS SUR LA COLLECTE

Q0014	NOM ET CODE ENQUETEUR : _____	_ _
Q0015	NOM ET CODE SUPERVISEUR : _____	_ _
Q0016	DATE DE L'ENQUETE : _____	_ _ _ _ _ 1_ 4_
Q0017	RESULTAT DE LA COLLECTE : _____ 1 REMPLI 2 PAS DE RÉPONDANT QUALIFIÉ PRESENT À LA FOSA LORS DU PASSAGE DE L'ENQUÊTEUR 3 REFUSÉ 4 PARTIELLEMEN REMPLI 6 AUTRE (à préciser)	_

C – RENSEIGNEMENTS SUR LA SAISIE

Q0018	SUPERVISEUR DE SAISIE : _____	_
Q0019	AGENT DE SAISIE : _____	_
Q0020	DATE DE SAISIE : _____	_ _ _ _ _ 1_ 4_

CONSETEMENT APRÈS INFORMATION

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour l'Institut National de la Statistique (INS). Nous effectuons en ce moment en collaboration avec le Ministère de la santé, une étude nationale concernant les produits et services de santé reproductive. Nous souhaiterions que vous participiez à cette étude. L'entretien dure habituellement entre 20 à 30 minutes.

Cette étude permettra de fournir les données pour le suivi évaluation de la disponibilité des méthodes contraceptives modernes et des produits vitaux de sante maternelle et servira de référence pour l'évaluation annuelle des progrès dans les années à venir. Dans le cadre de cette étude, nous nous entretenons avec les personnes en charge de l'approvisionnement de la formation sanitaire et du point de prestation des services de planification familiale. Toutes les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne en dehors de l'équipe de l'étude. A l'issue de cet entretien avec vous, vous voudriez bien nous faciliter l'accès aux clients sélectionnés sortant de vos services de planification familiale.

Avez-vous des questions à me poser sur l'enquête ?

Puis-je commencer l'entretien maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTEURICE/ENQUÊTEUR: _____ DATE _____

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE DE RÉPONDRE.....1 L'ENQUÊTÉ REFUSE DE RÉPONDRE....2 → FIN

↓
Q0101A

Q 0101A HEURE DE DÉBUT : ____|____ H ____|____ MN

SECTION 01 : RENSEIGNEMENTS SUR LE REpondANT ET SUR L'ETABLISSEMENT

A. RENSEIGNEMENTS SUR LE REpondANT

Q0101	Nom et prénom du répondant : _____	
Q0102	Sexe du répondant 1=MASCULIN 2=FÉMININ	____
Q0103	Age du répondant (ans)	____ ____
Q0104	Fonction du répondant 1=DIRECTEUR/CHEF DE L'ÉTABLISSEMENT 2=AUTRE (à préciser)	____
Q0105	Numéro de téléphone du répondant	____ ____ ____ ____ ____ ____/____ ____ ____ ____ ____ ____
Q0106	Numéro de téléphone de la structure	____ ____ ____ ____ ____ ____/____ ____ ____ ____ ____ ____

B. RENSEIGNEMENTS SUR L'ETABLISSEMENT

Q0107	Année de création/début de fonctionnement de l'établissement	NSP=9998	____ ____ ____ ____	
Q0108	Cordonnées géographique de l'établissement			
Q0109	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 pharmaceutiques/médicaments ?	Lieu de l'entrepôt	Distance	Unité de distance : 1=kilomètre 2=Mètre
		____ ____ ____ ____	____ ____	____ ____
Q0110	Quelle distance sépare votre établissement de santé de la formation sanitaire la plus proche ?	Nom de la FOSA la plus proche	Distance	Unité de distance : 1=kilomètre 2=Mètre
		____ ____ ____ ____	____ ____	____ ____
Q0111	Nombre de personnes travaillant dans l'établissement, y compris les agents de surface			____ ____
Q0112	Nombre de personnes travaillant dans l'établissement, hormis les agents de surface			____ ____

SECTION 02 : TYPE D'ETABLISSEMENT ET SERVICES OFFERTS

Q0201	Type d'établissement 1=FOSA DU NIVEAU PRIMAIRE (dispensaire, CS, CSI, CMA) 2=FOSA DU NIVEAU SECONDAIRE (HD et HR) 3=FOSA DU NIVEAU TERTIAIRE (HG, HC ou équivalent)	____	
Q0202	Type de Gestionnaire de la FOSA : 1=ÉTAT 2=PRIVE LAÏQUE 3=PRIVE CONFESIONNEL 4=ONG/ASSOCIATION	____	
Q0203	Cet établissement assure-t-il des services de planification familiale ? 1=OUI 2=NON	____	
Q0204	Cet établissement assure-t-il des soins de santé maternelle, notamment des services d'accouchement (par exemple, est-il doté d'un service de maternité ou d'une salle d'accouchement) ? 1=OUI 2=NON	____	
Q0205	Cet établissement assure-t-il des services liés au VIH/sida (VCT, PTME, ART, etc.) ? 1=OUI 2=NON	____	
		Au cours de l'année 2013	Au cours du 1 ^{er} trimestre 2014
Q0206	Nombre de femmes venues en consultation prénatale pour au moins une visite	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____
Q0207	Nombre de femmes venues en consultation prénatale pour 4 visites	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____
Q0208	Nombre de femmes qui ont bénéficié des services d'accouchement	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____
Q0209	Nombre des femmes qui ont été référées à cause d'une urgence obstétricale	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____
Q0210	Nombre des femmes qui ont subi une césarienne	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____
Q0211	Nombre de Condoms Masculins distribués	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____
Q0212	Nombre de Condoms Féminins distribués	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____
Q0213	Nombre des plaquettes des pilules distribuées	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____
Q0214	Nombre d'injectables (depo-provera, etc.) administrés	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____
Q0215	Nombre des stérilets/DIU placés	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____
Q0216	Nombre des implants placés	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____
Q0217	Nombre des femmes stérilisées	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____
Q0218	Nombre des hommes stérilisés	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____

SECTION 03 : MOYENS DE CONTRACEPTION MODERNES PROPOSÉS PAR LA FORMATION SANITAIRE

N.B. : CETTE SECTION NE CONCERNE QUE LES FORMATIONS SANITAIRES ASSURANT DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE (REPONSE OUI A LA QUESTION Q0203).

METHODE DE CONTRACEPTION	<p>Q0301 Est-ce que les directives, les lois et les protocoles nationaux en vigueur applicables à ce type* de prestation de services <u>autorisent votre FOSA à proposer</u> (NOM DE LA METHODE DE CONTRACEPTION) DISCUTEZ-EN AVEC LE REpondant ET NOTEZ VOTRE CONCLUSION AVANT DE POURSUIVRE. <i>(* RAPPELEZ LE TYPE DE FOSA ENUMERE A LA QUESTION Q201)</i> 1=OUI, 2=NON → ALLER A L'ITEM SUIVANT 3=PEUT-ETRE/NSP → ALLER A L'ITEM SUIVANT</p>	<p>Q0302 Vous avez dit que votre FOSA est censée proposer (NOM DE LA METHODE DE CONTRACEPTION), est ce qu'il les <u>propose effectivement à ses clients de manière systématique.</u> 1=OUI → ALLER A L'ITEM SUIVANT 2=NON <i>NB : POUR CHAQUE MOYEN DE CONTRACEPTION : SI LA FOSA EST EFFECTIVEMENT CENSE PROPOSER LE MOYEN DE CONTRACEPTION, MAIS QUE CELUI-CI EST EN RUPTURE DE STOCK OU NON DISPONIBLE AU MOMENT DE L'ENQUETE, COCHER « OUI » (LE CONTRACEPTIF EST EFFECTIVEMENT PROPOSE, MEME S'IL EST ACTUELLEMENT EN RUPTURE DE STOCK OU INDISPONIBLE.)</i></p>	<p>Q0303 Quelle est la principale raison pour laquelle [NOM DE LA METHODE] n'est pas proposé effectivement de manière systématique aux clients? 1=RETARD DE LIVRAISON DE LA PART DE LA SOURCE DE REAPPROVISIONNEMENT PRINCIPALE (INSTITUTION/ENTREPOT) 2=RETARD DE DEMANDE DE REAPPROVISIONNEMENT DE LA PART DE LA FOSA 3=INDISPONIBILITE DU CONTRACEPTIF SUR LE MARCHE EMPECHANT LA FOSA DE SE LE PROCURER 4=CONTRACEPTIF PEU OU PAS DU TOUT DEMANDE PAR LES CLIENTS 5=ABSENCE DE PERSONNEL FORME A CE CONTRACEPTIF DANS LA FOSA 6=MANQUE D'EQUIPEMENT POUR DISPENSER CE CONTRACEPTIF 7=AUTRE (préciser à côté des bacs)</p>
(1) Préservatifs masculins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Préservatifs féminins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Contraceptifs oraux (pilule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Solutions injectables (depo-provera, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Contraception d'urgence (pilule de lendemain).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Stérilets/DIU (Dispositif Intra Uterine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Implants (Jadelle, Implanon, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Stérilisation féminine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) Stérilisation masculine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Q0304 VERIFIER Q302 (La FOSA PROPOSE EFFECTIVEMENT À SES CLIENTS DE MANIÈRE SYSTÉMATIQUE AU MOINS UN MOYEN DE CONTRACEPTION</p>	<p>OUI NON <input type="checkbox"/> → Q0401 (SECTION 04)</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>Q0305 Combien de moyens de contraception moderne propose votre FOSA ? 1. Cette FOSA propose 1 ou 2 moyens de contraceptions modernes 2. Cette FOSA propose 3 moyens de contraceptions modernes 3. Cette FOSA propose 4 moyens de contraceptions modernes 4. Cette FOSA propose 5 moyens de contraception modernes ou plus</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

SECTION 04 : DISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LA SANTÉ MATERNELLE/REPRODUCTIVE

Médicaments pour la santé maternelle/reproductive

VERIFIER Q0204 L'ETABLISSEMENT ASSURE DES SOINS DE SANTE MATERNELLE, NOTAMMENT DES SERVICES D'ACCOUCHEMENT (CODE 1 ENCERCLE ?)		OUI NON <input type="checkbox"/> → Q0501 (SECTION 05) <input type="checkbox"/>		
NOM DU MEDICAMENT	Q0401 Est-ce que les directives, les lois et les protocoles nationaux en vigueur applicables autorisent votre FOSA à proposer (NOM DU MEDICAMENT) ? <i>DISCUTEZ-EN AVEC LE REpondant ET NOTEZ VOTRE CONCLUSION AVANT DE POURSUIVRE.</i> (* RAPPELEZ LE TYPE DE FOSA ENUMERE A LA QUESTION Q201) 1=OUI 2=NON → ALLER A L'ITEM SUIVANT 3=PEUT-ETRE/NSP → ALLER A L'ITEM SUIVANT	Q0402 Est-ce que (NOM DU MEDICAMENT) est actuellement disponible ? 1=OUI 2=NON → ALLER A L'ITEM SUIVANT	Q0403 Si non, quelle est la principale raison pour laquelle (NOM DU MEDICAMENT) n'est pas actuellement disponible ? 1=RETARD DE LIVRAISON DE LA PART DE LA SOURCE DE REAPPROVISIONNEMENT PRINCIPALE (INSTITUTION/ENTREPOT) 2=RETARD DE DEMANDE DE REAPPROVISIONNEMENT DE LA PART DE LA FOSA 3=INDISPONIBILITE DU MEDICAMENT SUR LE MARCHE EMPECHANT LA FOSA DE SE LE PROCURER 4=DEMANDE/BESOIN FAIBLE OU NUL(LE) POUR LE MEDICAMENT DANS LA FOSA 5=ABSENCE DE PERSONNEL FORME POUR ADMINISTRER CE MEDICAMENT DANS LA FOSA 6=AUTRE (préciser à côté des bacs)	Q0404 APRES ADMINISTRATION DES QUESTION Q401 A Q403 POUR TOUS LES MEDICAMENTS, VÉRIFIER, POUR TOUS LES MEDICAMENTS DISPONIBLES (Q402=1) , VALIDER CHAQUE REPONSE FOURNIE VIA UNE VERIFICATION PHYSIQUE ET NOTE LE RESULTAT. 1=APRES VERIFICATION, LE MEDICAMENT EST EN STOCK. 2=APRESVERIFICATION, LE MEDICAMENT N'EST PAS EN STOCK.
(1) Ampicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Azithromycine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Benzathine benzylpénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) <i>Soit</i> Bétaméthasone <i>Soit</i> Dexaméthasone <i>Ou ces deux médicaments</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Gluconate de calcium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Céfixime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Gentamicine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Hydralazine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) Sulfate de magnésium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) Méthylidopa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) Métronidazole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) Mifépristone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(13) Misoprostol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(14) Nifédipine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(15) Ocytocine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(16) <i>Soit</i> Solution de lactate de sodium <i>Soit</i> Chlorure de sodium <i>Ou les deux</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(19) Anatoxine tétanique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(20) Ceftrazone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(21) Chlorhexidine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(22) Amoxiciline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(23) Sulfate de zinc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 05 : ABSENCE DE RUPTURE DE STOCK DES MOYENS DE CONTRACEPTION MODERNES DANS L'ETABLISSEMENT

VERIFIER Q0203 : L'ETABLISSEMENT ASSURE- DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE (CODE 1 ENCERCLE ?)	OUI NON <input type="checkbox"/> → Q0601 (SECTION 06) <input type="checkbox"/>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

1) ABSENCE DE RUPTURE DE STOCK AU COURS DES SIX MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE

NOM DU DE LA METHODE	Q0501 POUR CHACUN DES MOYENS DE CONTRACEPTION LISTÉS DANS LA COLONNE PRÉCEDENTE, REPORTER LES REPONSES DE Q0301 1=OUI 2=NON → ALLER A L'ITEM SUIVANT	Q0502 Est- ce que (NOM DE LA METHODE) a été en rupture de stock à la FOSA à un moment donné au cours des six mois qui ont précédé l'enquête et n'a donc pas pu être disponible/fourni à ses clients ? (* RAPPELEZ LE TYPE DE FOSA ENUMEREE A LA QUESTION Q0201) 1=OUI, 2=NON SI NON ALLEZ AU MOYEN SUIVANT OU A Q504 SI DERNIER MOYEN	Q0503 Si ce moyen de contraception a été en RUPTURE DE STOCK à la FOSA à un moment donné au cours des six derniers mois , quelle est la raison principale ? 01=RETARD DE LIVRAISON DE LA PART DE LA SOURCE DE REAPPROVISIONNEMENT PRINCIPALE (INSTITUTION/ENTREPOT) 02=RETARD DE DEMANDE DE REAPPROVISIONNEMENT DE LA PART DE LA FOSA 03=INDISPONIBILITE DU CONTRACEPTIF AU NIVEAU DES POINTS DE VENTE EMPECHANT LA FOSA DE SE LE PROCURER 04=DEMANDE FAIBLE OU NULLE DES CLIENTS POUR CE CONTRACEPTIF 05=ABSENCE DE PERSONNEL FORME A CE CONTRACEPTIF A LA FOSA 06=MANQUE D'EQUIPEMENT POUR DISPENSER CE CONTRACEPTIF 96=AUTRE (préciser)
(1) Préservatifs masculins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Préservatifs féminins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Contraceptifs oraux (pilule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Solutions injectables (depo-provera, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Contraception d'urgence (pilule de lendemain).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Stérilets/DIU (Dispositif Intra Uterin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Implants (Jadelle, Implanon, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Stérilisation féminine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) Stérilisation masculine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q0504 À PARTIR DES REPONSES A LA QUESTION Q502, DISCUTEZ AVEC LA PERSONNE INTERROGEE ET NOTEZ LA REPONSE. 1=Au moins un des moyens de contraception proposés par la FOSA a été en rupture de stock à un moment donné au cours des six mois qui ont précédé l'enquête. Par conséquent, cette FOSA a connu une RUPTURE DE STOCK AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS. 2=Tous les moyens de contraception proposés par la FOSA ont été disponibles/en stock en permanence pendant les six mois qui ont précédé l'enquête. Par conséquent, cette FOSA n'a connu AUCUNE RUPTURE DE STOCK AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS.			<input type="checkbox"/>

2) ABSENCE DE RUPTURE DE STOCK AU MOMENT DU PASSAGE DE L'ENQUÊTEUR DANS LA FOSA						
NOM DE LA METHODE CONTRACEPTION	Q0505 POUR CHACUN DES MOYENS DE CONTRACEPTION LISTES DANS LA COLONNE PRECEDENTE, REPPORTER LES REPONSES DE Q0301 1=OUI 2=NON → ALLER A L'ITEM SUIVANT	Q0506 Est ce que (NOM DU MOYEN DE CONTRACEPTION) est actuellement en rupture de stock dans la FOSA et de ce fait n'est pas disponible/à même d'être fourni à ses clients. 1=OUI 2=NON → ALLER A L'ITEM SUIVANT	Q0507 Durée en mois de la rupture de stock ?		Q0508 Quelle est la raison principale de cette rupture à la FOSA? 01=RETARD DE LIVRAISON DE LA PART DE LA SOURCE DE REAPPROVISIONNEMENT PRINCIPALE (INSTITUTION/ENTREPOT) 02=RETARD DE DEMANDE DE REAPPROVISIONNEMENT DE LA PART DE LA FOSA 03=INDISPONIBILITE DU CONTRACEPTIF SUR LE MARCHE EMPECHANT LA FOSA DE SE LE PROCURER 04=DEMANDE FAIBLE OU NULLE DES CLIENTS POUR CE CONTRACEPTIF 05=ABSENCE DE PERSONNEL FORME A CE CONTRACEPTIF A LA FOSA 06=MANQUE D'EQUIPEMENT POUR DISPENSER CE CONTRACEPTIF 96=AUTRE (préciser)	Q0509 VÉRIFICATION DE LA QUESTION Q506 PAR L'ENQUÊTEUR APRES ADMINISTRATION DE TOUTES LES QUESTIONS Q506 à Q508 POUR TOUS LES MOYENS DE CONTRACEPTION, VÉRIFIER, POUR TOUS LES MOYENS DISPONIBLES (Q506=1) ET VALIDER CHAQUE REPONSE FOURNIE VIA UNE VERIFICATION PHYSIQUE ET NOTER LE RESULTAT. 1=APRES VERIFICATION, LE MOYEN DE CONTRACEPTION EST EN STOCK. 2=APRES VERIFICATION, LE MOYEN DE CONTRACEPTION N'EST PAS EN STOCK
			UNITE DE TEMPS (UTPS) 1= JOUR 2=SEMAINE 3= MOIS INSCRIRE LA DUREE DE RUPTURE DE STOCK --EN JOUR SI MOINS D'UNE SEMAINE, --EN SEMAINE SI MOINS DE 2 MOIS ET --EN MOIS SI 2 MOIS OU PLUS	Nombre		
(1) Préservatifs masculins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Préservatifs féminins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Contraceptifs oraux (pilule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Solutions injectables (depo-provera etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Contraception d'urgence (pilule de lendemain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Stérilets / DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Implants (Jadelle, Implanon, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Stérilisation féminine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) Stérilisation masculine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q0510 À partir des réponses à la question Q0506, discutez avec la personne interrogée et notez votre conclusion en cochant l'un des énoncés suivants. 1=Au moins un des moyens de contraception proposés par la FOSA y est actuellement en rupture de stock. Par conséquent, cette FOSA connaît une RUPTURE DE STOCK AU JOUR DU PASSAGE DE L'ENQUÊTEUR 2=TOUS les moyens de contraception proposés par la FOSA y sont actuellement en stock/disponibles. Par conséquent, cette FOSA ne connaît AUCUNE RUPTURE DE STOCK AU JOUR DU PASSAGE DE L'ENQUÊTEUR						<input type="checkbox"/>

SECTION 06 : CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

NB : Cette section concerne tous les types de FOSA

Q0601	Qui est le principal responsable de la commande de fournitures médicales de l'établissement ? 1=MEDECIN 2=PHARMACIEN 3=INFIRMIERE/INFIRMIER 6=AUTRE (préciser) _____	<input type="checkbox"/>
Q0602	Comment est ce que votre établissement procède-t-il principalement pour déterminer la quantité de contraceptifs à réapprovisionner ? 1=UN OU PLUSIEURS EMPLOYES DE L'ETABLISSEMENT UTILISENT UNE FORMULE POUR CALCULER LA QUANTITE A REAPPROVISIONNER ET EFFECTUENT LA DEMANDE 2=L'INSTITUTION/ENTREPOT QUI FOURNIT L'ETABLISSEMENT DETERMINE LA quantité 3=EMPLOYES ET INSTITUTION/ENTREPOT 6=AUTRE METHODE UTILISEE (préciser)	<input type="checkbox"/>
Q0603	L'établissement utilise-t-il des formulaires logistiques pour enregistrer et commander les fournitures ? 1=OUI (EXISTENCE DE CES FORMULAIRES VERIFIEE PAR L'ENQUETEUR) 2=OUI (EXISTENCE DE CES FORMULAIRES NON CONSTATEE PAR L'ENQUETEUR) 3=NON, PAS DE FORMULAIRES LOGISTIQUES	<input type="checkbox"/>
Q0604	Quel est le principal pourvoyeur des médicaments et des fournitures utilisés habituellement ? 1=DEPOT CENTRAL DE PRODUITS MEDICAUX (CENAME) 2=ENTREPOT OU INSTITUTION REGIONAL(E)/DE DISTRICT (CAPR, FOND REGIONAL) 3=DONATEURS 6=SOURCES PRIVEES (à préciser).....	<input type="checkbox"/>
Q0605	Qui est responsable du transport des produits jusqu'à votre établissement ? 1=GOVERNEMENT NATIONAL/CENTRAL (CENAME) 2=AUTORITES LOCALES/DE DISTRICT (CAPR, FOND REGIONAL) 3=ETABLISSEMENT LUI MEME 6=AUTRES (à préciser)	<input type="checkbox"/>
Q0606	Quel est le délai moyen approximatif entre la commande et la réception des produits ? 1=MOINS DE 2 SEMAINES 2=DE 2 SEMAINES A MOINS D'UN MOIS 3=DE 1 MOIS A MOINS DE 2 MOIS 4=DE 2 MOIS A MOINS DE 4 MOIS 5=DE 4 MOIS A MOINS DE 6 MOIS 6=6 MOIS OU PLUS	<input type="checkbox"/>
Q0607	Quelle est la fréquence moyenne de réapprovisionnement de l'établissement ? 1=BIMENSUELLE 2=MENSUELLE 3=TRIMESTRIELLE 4=SEMESTRIELLE 5=ANNUELLE 6=AUTRES (à préciser)	<input type="checkbox"/>

SECTION 07 : EXISTENCE D'UNE CHAÎNE DU FROID SUR LE SITE DU POINT DE PRESTATION DE SERVICES

Q0701	L'établissement possède-t-il sa propre chaîne du froid pour stocker les médicaments ou les dispositifs médicaux ? 1=OUI 2=NON <i>SI NON ALLEZ A Q0705</i>	<input type="checkbox"/>
Q0702	Pouvez-vous lister les médicaments ou les dispositifs médicaux pour la santé maternelle/reproductive que l'établissement stocke dans sa chaîne du froid.	<input type="checkbox"/>
Q0703	Quel principalement type de chaîne du froid dispose l'établissement ? 1=REFRIGERATEUR ELECTRIQUE 2=GLACIERE (L'ETABLISSEMENT DOIT RENOUELER LA GLACE A INTERVALLE REGULIER) → ALLER A Q0801 (SECTION 8) 6=AUTRE (préciser) _____ → ALLER A Q0801 (SECTION 08)	<input type="checkbox"/>
Q0704	Quelle est la principale source d'alimentation électrique de ce réfrigérateur ? 1=RESEAU ELECTRIQUE NATIONAL 2=GROUPE ELECTROGENE SUR LE SITE DE L'ETABLISSEMENT 3=GROUPE ELECTROGENE PORTABLE SUR LE SITE DE L'ETABLISSEMENT 4=KEROSENE/PARAFFINE 6=AUTRE (préciser) _____ <i>DANS TOUS LES CAS, ALLEZ A Q0801 (SECTION 08)</i>	<input type="checkbox"/>
Q0705	Si l'établissement ne possède pas sa propre chaîne du froid, comment conserve-t-il les produits à réfrigérer ?	<input type="checkbox"/>

SECTION 08 : FORMATION DU PERSONNEL À LA PLANIFICATION FAMILIALE

Q0801	Des employés de l'établissement sont-ils formés à la prestation de services de planification familiale ? 1=OUI 2=NON <i>SI NON ALLEZ A Q0803</i>	<input type="checkbox"/>
Q0802	Pouvez-vous nous indiquer le nombre d'employés formés à la prestation de services de planification familiale	<input type="checkbox"/>
Q0803	Des employés de l'établissement sont-ils spécifiquement formés à la pose et au retrait d'implants contraceptifs ? 1=OUI 2=NON <i>SI NON ALLEZ A Q0805</i>	<input type="checkbox"/>
Q0804	Pouvez-vous nous indiquer le nombre d'employés spécifiquement formés à la pose et au retrait d'implants contraceptifs	<input type="checkbox"/>
Q0805	Le personnel formé dispense-t-il effectivement des services de planification familiale ? 1=OUI TOUT LE PERSONNEL 2=OUI CERTAINS 3=Non <i>SI OUI TOUT LE PERSONNEL ALLEZ A Q0807</i>	<input type="checkbox"/>
Q0806	Quelle est la raison pour laquelle le ou certains personnels ne dispensent pas de services de planification familiale ?	<input type="checkbox"/>
Q0807	Quand des employés de l'établissement ont-ils participé pour la dernière fois à une formation à la prestation de services de planification familiale ?	<input type="checkbox"/>

	1=MOINS DE 2 MOIS 2=2 A Moins De 6 Mois	3=6 MOIS A MOINS D'UN AN 4=UN AN OU PLUS	
Q0808	La dernière formation portait-elle sur la pose et le retrait d'implants contraceptifs ? 1=OUI 2=NON 3=PEUT-ETRE/NE SAIS PAS		<input type="checkbox"/>

SECTION 09 : SUPERVISION DU PERSONNEL EN CHARGE DE LA SANTÉ REPRODUCTIVE ET NOTAMMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Q0901	Quand est ce qu'un superviseur a-t-il visité votre établissement pour la dernière fois au cours des 12 derniers mois ? 1=MOINS D'UN MOIS 2=1 A MOINS DE 3 MOIS	3=3 A MOINS DE 6 MOIS 4= 6 A 12 Mois 5=AUCUNE SUPERVISION → ALLER A Q1001 (SECTION 10)	<input type="checkbox"/>
Q0902	Quelle est la fréquence moyenne des visites du superviseur à l'établissement ? 1=HEBDOMADAIRE 2=MENSUELLE	3=TRIMESTRIELLE 4=SEMESTRIELLE 5=ANNUELLE	<input type="checkbox"/>
Q0903	Sur lequel des points suivants la dernière supervision a-t-elle principalement porté ? 1=PRATIQUES CLINIQUES DU PERSONNEL 2=RUPTURE DE STOCK ET ARRIVEE A EXPIRATION DES MEDICAMENTS 3=DISPONIBILITE ET FORMATION DU PERSONNEL	4=EXHAUSTIVITE ET QUALITE DES DONNEES, PRODUCTION DE RAPPORTS EN TEMPS UTILE 5=ÉVALUATION DE L'UTILISATION D'UNE DIRECTIVE OU D'UN OUTIL DE TRAVAIL SPECIFIQUE A LA SANTE REPRODUCTIVE 6=AUTRE (préciser)	<input type="checkbox"/>

SECTION 10 : EXISTENCE DE DIRECTIVES, DE LISTES DE CONTRÔLE ET D'OUTILS DE TRAVAIL

Q1001	L'établissement dispose-t-il de <u>directives en matière de planification familiale</u> (nationales ou de l'OMS ?) 1=OUI (PRESENCE DE DIRECTIVES VERIFIEE PAR L'ENQUETEUR) 2=OUI (PRESENCE DE DIRECTIVES NON VERIFIEE) 3=PAS DE DIRECTIVES <i>SI PAS DE DIRECTIVES, ALLER A Q1005</i>	<input type="checkbox"/>
Q1002	Pouvez-vous lister les directives disponibles ?	
Q1003	L'établissement dispose-t-il de <u>listes de contrôle et/ou d'outils de travail relatifs à la planification familiale</u> ? 1=OUI (PRESENCE DE DIRECTIVES VERIFIEE PAR L'ENQUETEUR) 2=OUI (PRESENCE DE DIRECTIVES NON VERIFIEE) 3=PAS DE DIRECTIVES	<input type="checkbox"/>
Q1004	Pouvez-vous citer ces listes et/ou outils disponibles ?	
Q1005	L'établissement dispose-t-il de <u>directives en matière de soins prénatals</u> (nationales ou de l'OMS ?) 1=OUI (PRESENCE DE DIRECTIVES VERIFIEE PAR L'ENQUETEUR) 2=OUI (PRESENCE DE DIRECTIVES NON VERIFIEE) 3=PAS DE DIRECTIVES → <i>SI PAS DE DIRECTIVES, ALLER A Q1009</i>	<input type="checkbox"/>
Q1006	Pouvez-vous lister les directives disponibles ?	
Q1007	L'établissement dispose-t-il de <u>listes de contrôle et/ou d'outils de travail en matière de soins prénatals</u> ? 1=OUI (PRESENCE DE DIRECTIVES VERIFIEE PAR L'ENQUETEUR) 2=OUI (PRESENCE DE DIRECTIVES NON VERIFIEE) 3=PAS DE DIRECTIVES	<input type="checkbox"/>
Q1008	Pouvez-vous citer ces listes et/ou outils disponibles ?	
Q1009	L'établissement dispose-t-il d'une <u>directive en matière de gestion des déchets</u> ? 1=OUI (PRESENCE DE DIRECTIVES VERIFIEE PAR L'ENQUETEUR) 2=OUI (PRESENCE DE DIRECTIVES NON VERIFIEE) 3=PAS DE DIRECTIVES	<input type="checkbox"/>
Q1010	Pouvez-vous lister les directives disponibles ?	

SECTION 11 : DISPONIBILITÉ ET UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION (TIC)

Q1101	L'établissement utilise-t-il les TIC ? (ordinateur, téléphone ; tablette, internet, ...) 1=OUI 2=NON → SI NON ALLER A Q1201 (SECTION 12)	<input type="checkbox"/>
Q1102	L'établissement utilise-t-il : 1=Oui (existence vérifiée par l'enquêteur) 2=Oui (existence non vérifiée) 3=Non, TIC non utilisées A) ORDINATEURS ? B) TELEPHONES PORTABLES – COMBINES DE BASE ? C) TELEPHONES PORTABLES – SMARTPHONES ? D) TABLETTES ? E) ACCES A INTERNET – LAN ? F) ACCES A INTERNET – WIFI ? X) AUTRE (préciser).....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q1103	D'où proviennent principalement (NOM DU TIC) utilisée par l'établissement ? 1=APPAREILS APPARTENANT AUX EMPLOYES 2=FOURNIES PAR LE GOUVERNEMENT 3=FOURNIES PAR LE PROPRIETAIRE DE L'ETABLISSEMENT 4=DON 6=AUTRE (préciser) A) Ordinateur ? B) Téléphones portables – Combinés de base ? C) Téléphones portables – Smartphones ? D) Tablettes ? E) Accès à Internet – LAN ? F) Accès à Internet – Wifi ? X) Autre (préciser)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q1104	Les TIC sont-ils utilisés pour : 1=OUI 2=NON A) L'enregistrement des patients ? B) La tenue des dossiers de l'établissement ? C) Les dossiers individuels des patients/Dossier médical électronique ? D) Le logiciel de demande de remboursement à l'assurance maladie ? E) Les transferts d'argent et paiement sur téléphone portable ? F) La communication normale ? G) Les activités de sensibilisation et de création de demande ? H) La gestion de la chaîne d'approvisionnement/contrôle des stocks ? I) La formation des agents sanitaires ? J) Les consultations cliniques (communication longue distance avec des experts) ? X) Autre (préciser)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SECTION 12 : GESTION DES DÉCHETS

Q1201	Comment l'établissement gère-t-il principalement ses déchets médicaux ? 1=BRULES SUR LE SITE DE L'ETABLISSEMENT 2=ENTERRES DANS DES DECHARGES SPECIALES SUR LE SITE DE L'ETABLISSEMENT 3=RECOURS A DES INCINERATEURS 4=COLLECTE CENTRALE PAR UNE ORGANISATION SPECIFIQUE AUX FINS DE MISE AU REBUT EN DEHORS DE L'ETABLISSEMENT 5=JETES AVEC LES ORDURES MENAGERES	<input type="checkbox"/>
-------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

SECTION 13 : FACTURATION DES SERVICES AUX USAGERS

Q1301	L'établissement facture-t-il les consultations /soins aux patients ? 1=OUI 2=NON SI NON ALLER A Q1303	<input type="checkbox"/>
Q1302	Les (NOMS DE SERVICE) services suivants sont-ils gratuits ? 1=OUI 2=NON A) Services de planification familiale B) Services de soins prénatals C) Services d'accouchement D) Services de soins postnatals E) Services de soins néonatales F) Soins aux enfants malades de moins de 5 ans	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	G) Soins liés au VIH (ex. HTC et ART) X) Autres (préciser) ...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q1303	L'établissement facture-t-il les médicaments aux patients ? 1=OUI 2=NON . → <i>SI NON ALLER A Q1306</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q1304	Les médicaments/produits suivants sont-ils gratuits ? 1=OUI 2=NON		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	A) Produits de planification familiale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B) Médicaments pour la santé maternelle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C) Médicaments pour la santé infantile.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	X) Autres (préciser)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q1305	L'établissement facture-t-il aux patients des services dispensés par un prestataire de soins qualifié ? 1=OUI 2=NON . → <i>SI NON ALLER A Q1306</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q1306	Si oui, les (NOM DES SERVICES) sont-ils gratuits ? 1=Oui 2=Non		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	A) Services de planification familiale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B) Services de soins prénatals		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C) Services de soins postnatals.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	D) Services de soins néonataux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	E) Soins aux enfants malades de moins de 5 ans.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F) Soins liés au VIH		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	G) Césariennes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	X) Autres (préciser)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q1306 : HEURE DE FIN D'ENQUETE

Fin : H MIN