



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

**PERCEPTION DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE ET
ÉVALUATION DE LEUR COÛT PAR LES CLIENTS**

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.

SECTION 0 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

A - IDENTIFICATION DU CLIENT (EN MAJUSCULE)

C001	NOM DE L'ETABLISSEMENT _____	
C002	NUMERO SÉQUENTIEL DE L'ETABLISSEMENT _____	_ _ _
C003	NOM DU CLIENT _____	
C004	NUMÉRO SEQUENTIEL DU CLIENT _____	_ _
C005	NOM DU VILLAGE/QUARTIER : _____	
C006	RÉGION : _____	_ _
C007	DEPARTEMENT : _____	_ _
C008	ARRONDISSEMENT : _____	_ _ _
C009	DISTRICT DE SANTÉ : _____	_ _ _
C010	AIRE DE SANTÉ : _____	_ _
C011	ZONE D'IMPLANTATION 1=URBAINE 2=RURALE	_

C – RENSEIGNEMENTS SUR LA COLLECTE

C012	ENQUÊTEUR : _____	_ _
C013	SUPERVISEUR : _____	_ _
C014	DATE DE L'ENQUÊTE : _____	_ _ _ _ _ 1_ 4_
C015	RÉSULTAT DE LA COLLECTE : _____ 01=REMPI 3=PARTIELLEMENT REMPLI 05=INCAPACITÉ 96=AUTRE (à préciser) 02=DIFFÉRÉ 4=REFUSÉ	_ _

D – RENSEIGNEMENTS SUR LA SAISIE

C016	SUPERVISEUR DE SAISIE : _____	_
C017	AGENT DE SAISIE : _____	_
C018	DATE DE SAISIE : _____	_ _ _ _ _ 1_ 4_

CONSENTEMENT 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 services de planification familiale. Nous souhaiterions que vous participiez à cette étude. L'entretien dure habituellement entre 20 et 25 minutes.

Dans le cadre de cette étude, nous voudrions poser quelques questions sur vos perceptions et les coûts 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. La participation à cette étude est totalement volontaire. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne souhaitez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante, ou vous pouvez interrompre l'interview à n'importe quel moment. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est particulièrement importante.

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

Puis-je commencer l'entretien maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE/ENQUÊTEUR: _____ DATE _____

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

↓
C019

C019 : HEURE DE DÉBUT

DÉBUT : |_|_|H|_|_| MIN

SECTION 1 : ENTRETIEN À LA SORTIE DU SERVICE DE PLANIFICATION FAMILIALE- PERCEPTION DES CLIENTS

A- Renseignements sur le répondant		
C101	Âge	_ _
C102	Sexe 1= HOMME 2= FEMME	_
C103	Statut Matrimonial :1=JAMAIS MARIE(E)/JAMAIS EN COUPLE 2= MARIE(E) OU EN COUPLE 3= DIVORCE(E)/SEPARÉ(E)/VEUF/VEUVE	_
C104	Religion :1=CATHOLIQUE 2=PROTESTANT(E) 3=AUTRE CHRÉTIEN(NE) 4=MUSULMAN(E) 5=ANIMISTE 6=AUTRE RELIGION (à préciser).....7=PAS DE RELIGION	_
C105	Niveau d'instruction : 1= AUCUN NIVEAU 2= PRIMAIRE 3= SECONDAIRE 4= SUPÉRIEURE	_
C106	À quelle fréquence vous rendez-vous à la FOSA pour des services de planification familiale ? 0=PREMIÈRE VISITE 1= CHAQUE MOIS 2= TOUS LES 2 MOIS 3= TOUS LES 3 MOIS 6= AUTRES (préciser)	_
C107	Combien de personnes vivent habituellement dans votre ménage ?	_ _
B- Aspects techniques		
C108	Le prestataire vous a-t-il présenté les différentes méthodes contraceptives ?1=OUI 2=NON	_
C109	Avez-vous sollicité une méthode de planification familiale ? 1=OUI 2=NON→ALLER A C118	_
C110	Quelle méthode contraceptive avez-vous sollicité?	1=OUI 2=NON
	A. CONDOMS.....	_
	B. CONDOMS FEMININS.....	_
	C. CONTRACEPTIFS ORAUX (PILULE).....	_
	D. SOLUTIONS INJECTABLES (DEPO-PROVERA, ETC).....	_
	E. CONTRACEPTION D'URGENCE (PILULE DE LENDEMAIN).....	_
	F. MOUSSE/GELÉE(DIAPHRAGME).....	_
	G. STERILETS/DIU (DISPOSITIF INTRA UTERIN).....	_
	H. IMPLANTS (JADELLE, IMPLANON, ETC).....	_
	I. STERILISATION FEMININE.....	_
	J. STERILISATION MASCULINE.....	_
K. MAMA.....	_	
L. RYTHME/ABSTINENCE PÉRIODIQUE.....	_	
M. RETRAIT.....	_	
X. AUTRE (à préciser).....	_	
C111	Avez-vous pu bénéficier de la méthode de planification familiale de votre choix ? 1= OUI 2=NON	_
C112	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 ? 1=OUI 2=NON	_
C113	Le prestataire vous a-t-il appris à utiliser la méthode de planification familiale que vous avez choisie ? 1= OUI 2=NON	_
C114	Le prestataire vous a-t-il informé(e) des effets secondaires courants de cette méthode de planification familiale ? 1=OUI2=NON	_
C115	Le prestataire vous a-t-il informé(e) de la marche à suivre en cas d'effets secondaire de cette méthode de planification familiale ? 1= OUI 2= NON	_
C116	Le prestataire vous a-t-il informé(e) des complications graves éventuelles de cette méthode de planification familiale nécessitant de revenir à la FOSA ? 1= OUI 2= NON	_
C117	Le prestataire vous a-t-il fixé un rendez-vous pour une visite de contrôle et/ou la remise de fournitures supplémentaires ?1= OUI 2= NON	_
C- Aspects organisationnels		
C118	Avez-vous trouvé l'attente trop longue avant la prestation du service ?1= OUI 2= NON	_
C119	Êtes-vous satisfait(e) de la propreté de l'établissement ? 1=OUI 2= NON	_
C120	Êtes-vous satisfait(e) de la confidentialité dont vous avez bénéficié dans la salle d'examen ? 1= OUI 2= NON	_

C121	Êtes-vous satisfait(e) du temps que le prestataire de soins vous a consacré ? 1= OUI 2= NON	<input type="checkbox"/>
D- Aspects relationnels		
C122	Le personnel de la FOSA vous a-t-il traité(e) avec courtoisie et respect ? 1= OUI 2= NON	<input type="checkbox"/>
C123	L'un des prestataires de soins vous a-t-il forcé(e) à accepter la méthode de planification familiale dont vous avez bénéficié ou a-t-il insisté pour que vous l'acceptiez ? 1= OUI 2= NON	<input type="checkbox"/>
C124	Êtes-vous satisfait(e) de l'attitude globale du prestataire de santé à votre égard ? 1= OUI 2= NON	<input type="checkbox"/>
E- Résultats		
C125	Êtes-vous satisfait(e) du service reçu dans cette FOSA ? 1= OUI 2= NON	<input type="checkbox"/>
C126	Reviendrez-vous dans cette FOSA ? 1= OUI 2= NON	<input type="checkbox"/>
C127	Recommanderiez-vous cette FOSA à des membres de votre famille ou à des amis ? 1= OUI 2= NON	<input type="checkbox"/>

SECTION 2 : ENTRETIEN À LA SORTIE – ÉVALUATION DU COÛT DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE PAR LES CLIENTS

A- Paiement des services de planification familiale		
C201	Avez-vous payé les services de planification familiale dont vous avez bénéficié ? 1= OUI 2= NON → ALLER AC203	<input type="checkbox"/>
C202	Si vous avez payé, combien (NOM DE L'ITEM) vous a-t-il/elle coûté (en FCFA) ?	
	A) Carte/carnet.....	<input type="text"/>
	B) Examen de laboratoire/radiographie.....	<input type="text"/>
	C) Contraceptif acheté auprès du prestataire de services.....	<input type="text"/>
	D) Contraceptif acheté à la pharmacie.....	<input type="text"/>
	E) Consultation.....	<input type="text"/>
X) Autres coûts (préciser)	<input type="text"/>	
B- Coût du déplacement		
C203	Quel moyen de transport principal avez-vous utilisé pour vous rendre de votre lieu de résidence à la FOSA ? 1= MARCHÉ 2= VELO 3= MOTO 4= BUS/TAXI 5= VEHICULE PRIVE 6= AUTRES (à préciser)	<input type="checkbox"/>
C204	Quelle distance sépare votre lieu de résidence de la FOSA ?	DISTANCE <input type="text"/> UNITE DE DISTANCE : 1= KILOMETRES 2= METRE <input type="checkbox"/>
C205	VERIFIER C203 MOYEN DE TRANSPORT UTILISE EST LA MARCHÉ A PIED OU VELO (CODE 1 ou 2 ENREGISTRÉ)	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> → C208 <input type="checkbox"/>
C206	Combien vous a coûté le transport de votre lieu de résidence à la FOSA ? (EN FCFA) <input type="text"/>	FCFA
C207	Combien vous coûtera le transport retour de la FOSA à votre lieu de résidence ? <input type="text"/>	FCFA
C- Temps passé et coût des services de planification familiale		
C208	Quelle a été la durée du trajet entre votre lieu de résidence et la FOSA aujourd'hui ?	Heures <input type="text"/> Minutes <input type="text"/>
C209	Quel a été le délai d'attente entre votre arrivée à la FOSA et l'exécution du service aujourd'hui ?	Heures <input type="text"/> Minutes <input type="text"/>
C210	Quelle sera la durée du trajet de retour à votre lieu de résidence ?	Heures <input type="text"/> Minutes <input type="text"/>
C211	Quelle activité auriez-vous principalement effectuée pendant le temps que vous avez passé à la FOSA aujourd'hui ? 1= TRAVAUX MENAGERS 2= TRAVAIL SUR L'EXPLOITATION AGRICOLE FAMILIALE 3= EMPLOI D'OUVRIER NON QUALIFIE 4= EMPLOI D'OUVRIER QUALIFIE 5= EMPLOI DE BUREAU OU PROFESSION LIBERALE 6= AUTRES (préciser)	<input type="checkbox"/>
C212	Qui s'est chargé à votre place d'effectuer cette activité ? 1= MEMBRE DE LA FAMILLE 2= COLLEAGUE 3= AUCUNE PERSONNE 4= CETTE ACTIVITÉ SERA FAITE PAR MOI À MON RETOUR 5= AUTRES (préciser)	→ ALLER A C215 → ALLER À C215 <input type="checkbox"/>
C213	Avez-vous dû payer la personne qui a effectué l'activité à votre place ? 1= OUI 2= NON → ALLER A C215	<input type="checkbox"/>
C214	Si oui, indiquez ou estimez la valeur monétaire du paiement. (EN FCFA) <input type="text"/>	

D- Financement des services de planification familiale		
NOM DE LA SOURCE	C215 les ressources qui vous ont permis de payer les services de planification familiale dont vous avez bénéficié (<i>Carte, Examen de laboratoire/radiographie, Contraceptif remis par le prestataire de services, Contraceptif acheté à la pharmacie, Consultation, Autres coûts</i>) proviennent-t-elles de (NOM DE LA SOURCE) 1=OUI 2=NON → ALLER À L'ITEM SUIVANT	C216 Quel montant (NOM DE LA SOURCE) A-t-il payé pour régler le coût des services de planification familiale dont vous avez bénéficié ? (MONTANT EN FCFA)
A) Vous-même	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
B) Votre conjoint(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
C) Des membres de la famille autres que le conjoint ou la conjointe	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
X) Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

SECTION 3 : DÉPENSES ET REVENU DES CLIENTS

C301 : Indiquez s'il vous plaît la dépense moyenne mensuelle en FCFA de votre ménage pour :	
A : Nourriture	<input type="text"/>
B : Santé	<input type="text"/>
C : Education	<input type="text"/>
D : Logement	<input type="text"/>
E : Eau et électricité	<input type="text"/>
F : Transport	<input type="text"/>
C302 : Quel est votre revenu moyen mensuel (l'enquête seul)	<input type="text"/>
C303 : Quel est le revenu moyen mensuel de votre ménage	<input type="text"/>

C304 : HEURE DE FIN D'ENQUETE FIN : |__|__|H|__|__|MIN