

MODULE 3:

ENTRETIEN DE SORTIE- PERCEPTION ET APPRECIATION DES CLIENTS VIS à VIS DES COUTS ET SERVICES DE PF

NOTE

Bien vouloir informer à l'enquêté que ;

- Vous ne faites pas partie du personnel du PPS mais vous voulez plutôt connaître leurs avis sur les services qu'ils reçoivent du PPs
- Bien que le personnel de ce PPs soit informé de cet entretien, toutes les réponses de l'enquêté sont confidentielles ;
- Les questions ne sont pas personnelles par conséquent les noms et détails particuliers ne seront pas enregistrés Leurs différentes réponses ne seront utilisées contre quiconque
- Il /elle peut refuser de répondre à toute question ou choisir d'arrêter l'entretien à tout moment. Mais vous espérez qu'il/elle répondra aux questions car celles-ci seront utilisées pour améliorer les services fournis dans les PPS il/elle peut poser des questions au sujet de l'étude s'il /elle a besoin d'éclaircissement,

l'enquêteur peut alors demander au client s'il/elle est consentent. Une fois le consentement du client est obtenu, l'enquêteur peut commencer l'entretien

**ENQUETE 2016 SUR LA DISPONIBILITE DES CONTRACEPTIFS ET DES PRODUITS VITAUX DE
SANTÉ MATERNELLE ET REPRODUCTIVE**

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

SECTION 0 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

A - IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT(EN MAJUSCULE)

C001	NOM DE LA FOSA _____	
C002	NUMERO SÉQUENTIEL DE LA FOSA _____	□□□□
C003	RÉGION : _____	□□
C004	DEPARTEMENT : _____	□□
C005	ARRONDISSEMENT : _____	□□□□
C006	DISTRICT DE SANTÉ : _____	□□□□
C007	ZONE D'IMPLANTATION <i>1=Urbaine 2=Rurale</i>	□

B - IDENTIFICATION DU CLIENT

C009	NOM DU CLIENT _____	
C010	NUMÉRO SEQUENTIEL DU CLIENT _____	□□

C – RENSEIGNEMENTS SUR LA COLLECTE

C011	ENQUÊTEUR : _____	□□
C012	SUPERVISEUR : _____	□□
C013	DATE DE L'ENQUÊTE : _____	□□\□□\2 0 1 6
C014	RÉSULTAT DE LA COLLECTE : _____ <i>01=Rempli 02=Différé 03=Partiellement rempli 04=Refusé 05=Incapacité 96=Autre (à préciser)</i>	□□

D – RENSEIGNEMENTS SUR LA SAISIE

C015	SUPERVISEUR DE SAISIE : _____	□
C016	AGENT DE SAISIE : _____	□
C017	DATE DE SAISIE : _____	□□\□□\2 0 1 6

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

↓
083

Commodity Security Branch, Technical Division, UNFPA
UNFPA Supplies

SECTION 14: EXIT INTERVIEW - CLIENTS' PERCEPTION

[To be administered to clients at SDPs offering FP services (indicating 'Yes' to Item 008 above)]

14.1 Renseignements sur le répondant	
083 Age	/ _ / _ /
084 Sexe (cochez une seule option)	Homme 1 <input type="checkbox"/> Femme 2 <input type="checkbox"/>
085 Statut Matrimonial (cochez une seule option)	Jamais marié(E)/Jamais en couple 1 <input type="checkbox"/> Marié(e) ou en couple <input type="checkbox"/> Divorcé(e)/Séparé(e))/Veuf/veuve 3 <input type="checkbox"/>
086 Niveau instruction (cochez une seule option)	Aucun niveau 1 <input type="checkbox"/> Primaire 2 <input type="checkbox"/> Secondaire et supérieur 3 <input type="checkbox"/>
087 À quelle fréquence vous rendez-vous à la FOSA pour des services de planification? (cochez une seule option)	Une fois par mois 1 <input type="checkbox"/> Une fois tous les deux mois 2 <input type="checkbox"/> Une fois tous les trois mois 3 <input type="checkbox"/> Autres (préciser) 4 <input type="checkbox"/>
14.2 Aspects techniques	
088 Avez-vous pu bénéficier d'au moins une méthode de planification familiale de votre choix ? (cochez une seule option)	Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/>
089 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? (cochez une seule option)	Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/>
090 Le prestataire vous a-t-il expliqué comment utiliser cette méthode de planification familiale retenue? (cochez une seule option)	Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/>
091 Le prestataire vous a-t-il informé(e) des effets secondaires courants de cette méthode de planification familiale? (cochez une seule option)	Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/>
092 Le prestataire vous a-t-il informé(e) de la conduite à tenir en cas d'effets secondaires de cette méthode de planification familiale? (cochez une seule option)	Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/>
093 Le prestataire vous a-t-il informé(e) des complications graves éventuelles de cette méthode de planification familiale nécessitant de revenir à la FOSA? (cochez une seule option)	Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/>
094 Le prestataire vous a-t-il fixé un rendez-vous pour une visite de contrôle et/ou la remise de fournitures supplémentaires? (cochez une seule option)	Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/>
14.3 Aspects organisationnels	
095 Avez-vous trouvé l'attente trop longue avant la prestation du service? (cochez une seule option)	Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/>
096 Êtes-vous satisfait(e) de la propreté de l'établissement? (cochez une seule option)	Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/>
097 Êtes-vous satisfait(e) de la confidentialité dont vous avez bénéficié dans la salle d'examen? (cochez une seule option)	Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/>
098 Êtes-vous satisfait(e) du temps que le prestataire de soins vous a consacré? (cochez une seule option)	Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/>
14.4 Aspects relationnels	
099 Le personnel de la FOSA vous a-t-il traité(e) avec courtoisie et respect (cochez une seule option)	Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/>
0100 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? (cochez une seule option)	Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/>
0101 Êtes-vous satisfait(e) de l'attitude globale du prestataire de santé à votre égard? (cochez une seule option)	Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14.5 Résultats	
0102 Êtes-vous satisfait(e) du service reçu dans cette FOSA? (cochez une seule option)	Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/>
0103 Reviendrez-vous dans cette FOSA? (cochez une seule option)	Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/>
0104 Recommanderiez-vous cette FOSA à des membres de votre famille ou à des amis ? (cochez une seule option)	Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/>

**Commodity Security Branch, Technical Division, UNFPA
UNFPA Supplies**

SECTION 15: – EVALUATION DES COÛTS DE SERVICES DE PF PAR LES CLIENTS

[à administrer aux clients des PPs qui offre les services de planification familiale (Indiquant « oui » à l'item 008 ci-dessus)]

15.1 Paiement des services de planification familiale			
0105 Avez-vous payé les services de planification familiale dont vous avez bénéficié aujourd'hui? (cochez une seule option) - (si oui, continuer avec la question 106, mais si non aller à 107)		Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/>	
0106 si vous avez payé pour quoi que ce soit, s'il vous plait combien avez-vous payé aujourd'hui pour les items suivants (NOM DE L'ITEM)? (en FCFA) (Indicate for ALL that apply)			
Carte/carnet 1 <input type="checkbox"/> / _____ /	Examen de laboratoire/radiographie 2 <input type="checkbox"/> / _____ /	Contraceptif acheté à la pharmacie 3 <input type="checkbox"/> / _____ /	
Contraceptif acheté auprès du prestataire de services 4 <input type="checkbox"/> / _____ /	Consultation 5 <input type="checkbox"/> / _____ /	Autres coûts (préciser) 6 <input type="checkbox"/> / _____ /	
15.2 Coût du déplacement			
0107 Quel moyen de transport principal avez-vous utilisé pour vous rendre de votre lieu de résidence à la FOSA ? (cochez une seule option) Marche à pied			
Marche à pied 1 <input type="checkbox"/>	Vélo 2 <input type="checkbox"/>	Moto 3 <input type="checkbox"/>	
Bus/taxi 4 <input type="checkbox"/>	Véhicule privé 5 <input type="checkbox"/>	Autres (A préciser) 6 <input type="checkbox"/> / _____ /	
0108 Quelle distance (en KM) sépare votre lieu de résidence de la FOSA ? / _____ / 1 Kilomètres <input type="checkbox"/> 2 Mile <input type="checkbox"/> (cochez une seule option)			
0109A Combien vous a coûté le transport de votre lieu de résidence à la FOSA ? (EN FCFA) / _____ /			
0109B Combien vous coûtera le transport retour de la FOSA à votre lieu de résidence ? (En Fcfa) / _____ /			
15.3 Temps passé et coût des services de planification familiale			
0110 Quelle a été la durée du trajet entre votre lieu de résidence et la FOSA aujourd'hui ? / _____ / Heures ; / _____ / Minutes			
0111 Combien de temps après votre arrivée avez-vous été reçu (e) ? / _____ / Heures ; / _____ / Minutes			
0112 Quelle sera la durée du trajet de retour à votre lieu de résidence ? / _____ / Heures ; / _____ / Minutes			
0113 Quelle activité auriez-vous principalement effectuée pendant le temps que vous avez passé à la FOSA aujourd'hui ? (cochez une seule option) 00=Aucune activité/loisir aller à 0117 <input type="checkbox"/>			
Travaux ménagers 1 <input type="checkbox"/>	Travail sur l'exploitation agricole familiale 2 <input type="checkbox"/>	Emploi de commerce ou service 3 <input type="checkbox"/>	Emploi d'ouvrier non qualifié 4 <input type="checkbox"/>
Emploi d'ouvrier qualifié 5 <input type="checkbox"/>	Emploi de bureau ou profession libérale 6 <input type="checkbox"/>	autres (Préciser) 7 <input type="checkbox"/>	
0114 Qui s'est chargé à votre place d'effectuer cette activité ? (Tick only one option)			
Membre de la famille 1 <input type="checkbox"/>	Collègue 2 <input type="checkbox"/>	Aucune personne 3 <input type="checkbox"/>	Autres (préciser) 4 <input type="checkbox"/>
0115 Avez-vous dû payer la personne qui a effectué l'activité à votre place? (cochez une seule option)			Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/>
0116 Si oui, indiquez ou estimez la valeur monétaire du paiement. (cochez une seule option)			/ _____ / (EN FCFA)
15.4 Financement des services de planification familiale?			
0117 les ressources qui vous ont permis de payer les services de planification familiale dont vous avez bénéficié aujourd'hui (Carte, Examen de laboratoire/radiographie, Contraceptif remis par le prestataire de services, Contraceptif acheté à la pharmacie, Consultation, Autres coûts) proviennent-t-elles de (NOM DE LA SOURCE)? (cochez toutes les réponses correspondantes)			
Vous-même 1 <input type="checkbox"/>	Votre conjoint(e) 2 <input type="checkbox"/>	Des membres de la famille autres que le conjoint ou la conjointe 3 <input type="checkbox"/>	Autres (préciser) 4 <input type="checkbox"/>
0118 Quel montant (NOM DE LA SOURCE mentionné au 0117) A-t-il payé pour régler le coût des services de planification familiale dont vous avez bénéficié aujourd'hui ? (indiquez toutes les options applicables)			
Vous-même 1 <input type="checkbox"/>	Votre conjoint(e) 2 <input type="checkbox"/>	Des membres de la famille autres que le conjoint ou la conjointe 3 <input type="checkbox"/>	Autres (préciser) 4 <input type="checkbox"/>
/ _____ / (MONTANT EN FCFA)	/ _____ / (MONTANT EN FCFA)	/ _____ / (MONTANT EN FCFA)	/ _____ / (MONTANT EN FCFA)

NOTE:
A ce stade;
1) Informer le/la que l'entretien est terminé, et
2) Remercier l'enquêté(e) pour le temps qu'il/elle vous a accordé ainsi que les informations fournies