|  |
| --- |
| **Évaluation de base de la planification familiale au Sénégal** |

|  |
| --- |
| **Grille d’entretien avec les clients des services de planification familiale** |

**SECTION 1: ELEMENTS D’IDENTIFICATION**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICATION** | **CODE** |
| NOM DE LA REGION\_ | ­­ |
| NOM DU DEPARTEMENT | ­­ |
| NOM DU DISTRICT | ­­ |
| TYPE DE STRUCTURE (EPS = 1 ; CS = 2) |  |
| SI EPS (EPS1 = 1 ; EPS2 = 2 ; EPS3 = 2) |  |
| SI CS (CS1 = 1 ; CS2 = 2) |  |
| TYPE D’EMPLACEMENT (RURAL= 1 URBAIN = 2) |  |
| NOM DE L’ETABLISSEMENT | ­­ |
| DATE DE L’INTERVIEW | JJ MM Année  ­­ |
| HEURE DE DEBUT DE L’ENTRETIEN | HH MIN |
| HEURE DE FIN DE L’ENTRETIEN | HH MIN |
| CODE DE L’ENQUETEUR | ­­ |

**SECTION 2: SELECTION DES REPONDANTS ELIGIBLES**

*[Répondants éligibles : Les clients qui ont visité la structure sanitaire pour un service de planification familiale et qui ont quitté l’établissement]*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 100a | Ce client sort-il du service de consultation (SC) ou de l’hospitalisation (SH) de la maternité ? | SC 1  SH 2 |  |
| 100b | Quel(s) est(sont) le(les) service(s) qu’il a reçu ? | Planification familiale 1  Consultation prénatale 2  Complications grossesse 3  Accouchement 4  Consultation postnatale 5  Survie de l’enfant 6  Pesée / vaccination des enfants 7  Autres (Précisez) 8 | FIN |

**SECTION 3: INFORMATIONS GENERALES SUR LE REPONDANT**

*Nous allons commencer par quelques questions sur vous et sur votre foyer.*

| **#** | **QUESTIONS ET FILTRES** | **CODAGE** | **PASSEZ A** |
| --- | --- | --- | --- |
| 301 | Sexe du client ? | Homme 1  Femme 2 |  |
| 302 | Quel âge avez-vous (répondant) ? | Age en années révolues |  |
| 303 | Pouvez-vous lire et/ou écrire ?  [Plusieurs options possibles | Lire A  Ecrire B  Ni lire ni écrire C | 305 |
| 304 | Quel est le niveau scolaire le plus élevé que vous avez atteint ? | Primaire 1  Collège 2  Lycée 3  Supérieur 4  N’a jamais fréquenté l’école………………… 0 |  |
| 305 | Quelle est votre situation professionnelle actuelle ? | Emploi rémunéré (Salarié / AGR) 1  Sans emploi 2  Chômage 3  Retraité 4  Élève / étudiant 5 |  |
| 306 | Quelle est votre situation matrimoniale actuelle ? | Marié(e) 1  Veuf(ve) 2  Divorcé(e) 3  Séparé(e) 4  Célibataire 5  Union libre 6 |  |
| 307 | Quel est votre milieu de résidence, urbain ou rural ? | Urbain 1  Rural 2 |  |
| 308 | Quelle est la distance entre votre domicile et la structure sanitaire (dans laquelle nous nous trouvons) ? | Kilomètres  *Si < 1km, mettre 000*  *Si ne sait pas, mettre 999* |  |
| 309 | Quel type de transport avez-vous utilisé pour venir ici à cette structure sanitaire ? | Transport public 1  Véhicule privé 2  Ambulance gouvernementale 3  Marche 4  Autres (Précisez) 6 |  |
| 310 | Quel type de transport utilisez-vous habituellement pour vous venir à cette structure sanitaire ? | Transport public 1  Véhicule privé 2  Ambulance gouvernementale 3  Marche 4  Pas constant / dépend de la situation 5  Autres (Précisez) 6 |  |
| 311 | Quel est le temps de trajet moyen avec le moyen d’aujourd’hui entre votre domicile et la structure sanitaire ? | Minutes  Ne sait pas 98 |  |

**SECTION 4 : UTILISATION DES SERVICES ET EXPERIENCES DES SOINS**

| **Q NO** | **QUESTIONS ET FILTRES** | **CODAGE** | **PASSEZ A** |
| --- | --- | --- | --- |
| 401 | VERIFIEZ Q100a {OPD}  SI Q100a = 1 | Sinon | 404 |
| 402 | A quelle heure êtes-vous arrivé à la structure sanitaire aujourd’hui ?  *Si le répondant ne connaît pas l’heure exacte, demandez-lui une approximation. S’il ne peut pas donner d’heure approximative, utiliser la mention “ne sait pas”* | HH MIN  Ne sait pas 98 |  |
| 403 | A quelle heure avez-vous vu le prestataire (médecin/infirmière/conseiller) ?  *Si le répondant ne connaît pas l’heure exacte, demandez-lui une approximation. S’il ne peut pas donner d’heure approximative, utiliser la mention “ne sait pas”* | HH MIN  Ne sais pas 98 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 404 | VERIFIEZ Q100a {OPD}  SI Q100a = **2** | Sinon | 414 |
| 405 | A quelle heure êtes-vous arrivé à la structure sanitaire le jour de l’admission ?  *Si le répondant ne connaît pas l’heure exacte, demandez-lui une approximation. S’il ne peut pas donner d’heure approximative, utiliser la mention “ne sait pas”* | HH MIN  Ne sais pas 98 |  |
| 406 | Quand avez-vous été admis à la structure sanitaire ? | Immédiatement **1**  Le même jour **2**  Le jour suivant 3  Après deux jours ou plus 4 | **408** |
| 407 | Quelles ont été les raisons du retard de votre admission dans la structure sanitaire ? | Défaut de disponibilité de lit A  Défaut de personnel B  Longues formalités et travail sur papier C  Attitude décontractée du personnel D  Retard dans la mobilisation de l’argent E  Retard de prise de décision familiale F  Autres (Précisez) X |  |
| 408 | Combien de jours avez-vous été admis dans cette structure sanitaire ? | Nombre de jours |  |
| 409 | Une civière et/ou une chaise roulante étaient-elles disponibles dans la structure sanitaire pour vous transférer ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 410 | Avez-vous été orienté vers cette structure sanitaire par un prestataire d’une autre structure ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 411 | Le prestataire vous a-t-il donné ou prescript des médicaments à prendre le temps d’être admis ici ? | Oui, il m’a donné des médicaments 1  Oui, il m’a donné une ordonnance 2  Il m’a donné une ordonnance et des médicaments 3  Non 4 | 414 |
| 412 | Puis-je voir tous les médicaments administrés et toutes les ordonnances qui ont été délivrées ?  *Encerclez les réponses décrivant les médicaments et les ordonnances que vous consultez.* | Possède tous les médicaments 1  Prend des médicaments 2  Médicaments non présentés, n’a que des prescriptions 3 |  |
| 413 | Vous a-t-on clairement indiqué la quantité de chaque médicament à prendre et pendant combien de temps ?  *Si ‘****Non****’ ou ‘****Ne sais pas****’, renvoyez le répondant au prestataire à la fin de l’entretien* | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 414 | Avez-vous payé une somme quelconque pour les services reçus dans la structure sanitaire ? | Oui 1  Non **2**  Ne sais pas **8** | 416 |
| 415 | Combien avez-vous payé pour ces services ? | Montant en Fcfa |  |
| 416 | Avez-vous une **fois utilisé quelque chose** ou essayé un quelconque moyen pour retarder ou éviter une grossesse ? | Oui 1  Non **2**  Ne sais pas **8** | 418 |
| 417 | Qu’avez-vous utilisé ou fait pour retarder ou éviter la grossesse ? | Pilules A  Injectable B  Préservatif masculin C  Préservatif féminin D  Contraception d’urgence E  DIU F  Implants G  Stérilisation féminine (Ligature des trompes) H  Stérilisation masculine (Vasectomie) I  Allaitement maternel exclusif (MAMA) J  Méthode traditionnelle.  Autre X |  |
| 418 | Quel est le **principal** service de planification familiale pour lequel vous êtes venu(e) à la structure sanitaire ? | Adopter une méthode de PF **1**  Changer de méthode 2  Mettre fin à la PF 3  Trouver des solutions aux effets secondaires de la méthode actuelle 4  Obtenir des informations sur une méthode PF **5**  Autres (Précisez) **6** | 420  420 |
| 419a | Êtes-vous en train d’avoir (avez-vous eu) des problèmes avec la méthode actuelle ? | Oui 1  Non 2 | 420 |
| 419b | Quels problèmes êtes-vous en train d’avoir (avez-vous eu) avec la méthode actuelle ? | Saignements vaginaux irréguliers A  Nausée B  Maux de tête C  Ballonnements D  Changements de la peau E  Sauts d’humeur F  Autres X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 420 | VERIFIEZ Q416 { Toujours utilisé }  SI Q416 = **1** | Sinon | 423 |
| 421 | Avant de venir dans cet établissement, utilisiez-vous (ou votre partenaire utilisait-il) une méthode quelconque pour éviter une grossesse ? | Oui 1  Non 2 | 424 |
| 422 | Quelle méthode utilisiez-vous/votre partenaire (la dernière) avant de venir dans ce centre ? | Pilules A  Injectable B  Préservatif masculin C  Préservatif féminin D  Contraception d’urgence E  DIU F  Implants G  Stérilisation féminine (Ligature des trompes) H  Stérilisation masculine (Vasectomie) I  Allaitement maternel exclusif (MAMA) J  Autre X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 423 | VERIFIEZ Q421 {Non utilisé actuellement}  SI Q421 = **2** | SI Q421 = **1** | 426 |
| 424 | Avez-vous pensé, vous ou votre partenaire, à utiliser une méthode particulière avant de venir dans ce centre ? | Oui 1  Non 2 | 426 |
| 425 | A quelle(s) méthode(s) pensiez-vous, vous ou votre partenaire ?  *Si une femme ou un homme mentionne plusieurs méthodes, encerclez-en autant qu'elle en mentionne.* | Pilules A  Injectable B  Préservatif masculin C  Préservatif féminin D  Contraception d’urgence E  DIU F  Implants G  Stérilisation féminine (Ligature des trompes) H  Stérilisation masculine (Vasectomie) I  Allaitement maternel exclusif (MAMA) J  Autre X |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 426 | VERIFIEZ Q421 {Utilisé actuellement}  SI Q421 = **1** | SI Q421 = **2** | | | 430 |
| 427 | Avez-vous/votre partenaire pensé à changer de méthode avant de venir dans cette structure d’accueil ? | Oui 1  Non 2 | | | 430 |
| 428 | Aviez-vous/votre partenaire, une méthode de planification familiale particulière à l’esprit avant de venir à la structure sanitaire aujourd’hui ? | Oui 1  Non 2 | | | 430 |
| 429 | Quelle(s) méthode(s) avez-vous envisagé de changer ?  *Si une femme ou un homme mentionne plusieurs méthodes, encerclez-en autant qu'elle en mentionne.* | Pilules A  Injectable B  Préservatif masculin C  Préservatif féminin D  Contraception d’urgence E  DIU F  Implants G  Stérilisation féminine (Ligature des trompes) H  Stérilisation masculine (Vasectomie) I  Allaitement maternel exclusif (MAMA) J  Autre X | | |  |
| 430 | Quelle méthode de planification familiale avez-vous reçu à la structure sanitaire aujourd’hui, ou avez-vous obtenu une ordonnance ou une référence ?  *Encerclez toutes les méthodes pour lesquelles le répondant dispose d’une prescription ou d’une recommandation ou qu’il a reçu dans l’établissement.*  *Si la personne interrogée continue à utiliser une méthode antérieure et n’a pas reçu de prescription ou d’orientation au cours de cette visite, coder “y”.*  *Vérifiez l’emballage de l’ordonnance pour confirmer le type Pilule ou Injection* |  | **Reçu** | **Prescrit/Référé pour prescription** |  |
| Pilules | A | A |
| Injectables | B | B |
| Préservatif masculin | C | C |
| Préservatif féminin | D | D |
| Contraception d’urgence | E | E |
| DIU | F | F |
| Implants | G | G |
| Stérilisation féminine (Ligature des trompes) | H | H |
| Stérilisation masculine/ Vasectomie | I | I |
| Allaitement maternel exclusif (MAMA) | J | J |
| Autre | X | X |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 431 | VERIFIEZ Q422, Q425, Q429 et Q430  SI Q422/Q425/Q429 **≠** Q430 | Sinon | 433 |
| 432 | Quelles sont les raisons qui vous ont amené à recevoir ou à prescrire des méthodes de planification familiale différentes de celles initialement envisagés par vous/votre partenaire ? | Méthode non disponible dans la structure A  La structure sanitaire ne fournit pas la méthode B  Prestataire de santé l’a suggéré C  Inaptitude médicale D  Autres (Précisez) X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 431F | VERIFIEZ ????????  SI ???????????? | Sinon | 435 |
| 434 | Quelles sont les raisons pour lesquelles vous n’avez pas reçu les services de planning familial dont vous aviez besoin ? | Service non disponible A  Le prestataire n’était pas disponible B  N’a pas trouvé le prestataire suffisamment compétent C  Orienté vers un autre établissement D  N’avait pas d’argent pour payer E  Temps d’attente trop long F  Appelé à une autre date G  Pas de femme prestataire H  Autres (Précisez) X |  |
| 435 | Quel a été le résultat de cette visite ? | Poursuivre ou recommencez avec la même méthode 1  Méthode de changement 2  Cesser d’utiliser la méthode en raison d’un problème 3  Cesser d’utiliser la méthode (facultative – pas de problème) 4  Adopter une méthode 5  Décidera plus tard 6  Demande de revenir un autre jour 7  Renvoyé 8  Autres (Précisez) X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Merci d’avoir répondu à mes questions sur votre consultation de planning familial. Je vais maintenant vous poser des questions sur les services spécifiques que vous avez reçus lors de votre consultation de planning familial aujourd’hui. Je sais qu’il est difficile de se souvenir de certains d’entre eux, mais ce n’est pas grave si vous ne vous en souvenez pas, mais essayez de me dire ce dont vous vous souvenez car cela sera très utile pour en savoir plus sur la qualité des services de PF fournis dans la structure sanitaire ?**  **Durant votre consultation d’aujourd’hui, veuillez m’indiquer si le prestataire (médecin/infirmier/conseiller) vous a posé des questions sur les points suivants.** | | | |
| 437 | Vous a-t-il demandé si vous souhaitiez avoir un autre enfant ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 438 | Vous a-t-il interrogé sur le moment où vous souhaiteriez avoir un autre enfant ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 439 | Vous a-t-il demandé votre dernière expérience sur l’utilisation des méthodes de planification familiale ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 440 | Vous a-t-il demandé si vous aviez une quelconque méthode en tête avant de venir à la structure sanitaire ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 441 | Vous a-t-il demandé votre préférence en matière de méthode de planification familiale ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 442 | Vous a-t-il fourni des informations sur différentes méthodes de planification familiale ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 443 | Vous a-t-il parlé de la méthode de PF que vous avez choisi ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 444 | Vous a-t-il parlé du mode de fonctionnement de la méthode que vous avez choisi ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 445 | Vous a-t-il parlé des possibles effets secondaires de la méthode que vous avez choisie ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 446 | Vous a-t-il parlé de ce que vous devez faire quand vous noterez des effets secondaires ou des problèmes par rapport à la méthode que vous avez choisie ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 447 | Vous a-t-il parlé des signes d’alerte de la méthode vous avez choisie ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 448 | Vous a-t-il dit quand revenir au centre de santé pour une visite de suivi ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 449 | Vous a-t-il remis une carte de rendez-vous pour la visite de suivi ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 450 | Vous a-t-il parlé d’autres sources auprès desquelles vous pouviez obtenir des produits de planification familiale ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 451 | Vous a-t-il parlé de la possibilité de changer de méthode de planification familiale si celle choisit ne vous convient plus ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 452 | Vous a-t-il fournit des informations tout en encourageant fortement une méthode ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 453 | Vous a-t-il fournit des méthodes qui protègent contre le VIH/SIDA et des autres IST ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 454 | Le prestataire vous-a-t-il permis de poser des questions ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 455 | Le prestataire a-t-il répondu à toutes vos questions pour vous satisfaire ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 456 | Durant votre visite, pouvez-vous dire que vous avez été bien traité par le prestataire ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 |  |
| 457 | Comment appréciez-vous les informations que vous avez reçu à propos de la méthode de planification familiale que vous avez choisie par rapport à ce que vous souhaitiez ? | J’ai reçu toutes informations 1  J’ai reçu la plupart des informations 2  J’ai reçu peu d’informations 3  Je n’ai reçu les informations 4  Ne sais pas/ne peut pas s’en rappeler 8 |  |
| 458 | Le prestataire, vous a-t-il recommandé une méthode plutôt qu’une autre ?  *Si Oui, diriez-vous tout le temps, la plupart du temps ou quelques fois ?* | Oui, tout le temps 1  Oui, la plupart du temps 2  Oui, quelques fois 3  Non, jamais 4  Ne sais pas/ne peut pas s’en rappeler 8 |  |
| 459 | Avez-vous le sentiment d’être à l’abri des regards pendant votre entretien avec le prestataire et qu’aucun autre client ou patient de la structure sanitaire ne pouvait vous voir pendant votre consultation (comme lors d’un examen physique) ?  *Si Oui, diriez-vous tout le temps, la plupart du temps ou quelques fois ?* | Oui, tout le temps 1  Oui, la plupart du temps 2  Oui, quelques fois 3  Non, jamais 4  Ne sais pas/Ne s’en rappelle pas 8 |  |
| 460 | Vous sentiez-vous capable de discuter de vos problèmes avec les médecins, les infirmières ou d'autres prestataires, sans que d'autres personnes non impliquées dans vos soins n'entendent vos conversations ?  *Si Oui, diriez-vous tout le temps, la plupart du temps ou quelques fois ?* | Oui, tout le temps 1  Oui, la plupart du temps 2  Oui, quelques fois 3  Non, jamais 4  Ne sait pas/Ne s’en rappelle pas 8 |  |
| 461 | Pensez-vous que les vos informations personnelles que vous avez partagé avec le prestataire seront confidentielles ?  *Si Oui, diriez-vous tout le temps, la plupart du temps ou quelques fois ?* | Oui, tout le temps 1  Oui, la plupart du temps 2  Oui, quelques fois 3  Non, jamais 4  Ne sait pas/Ne s’en rappelle pas 8 |  |
| 462 | Sentez-vous que le médecin, l’infirmier ou les autres membres du personnel vous ont traité avec respect ?  *Si Oui, diriez-vous tout le temps, la plupart du temps ou quelques fois ?* | Oui, tout le temps 1  Oui, la plupart du temps 2  Oui, quelques fois 3  Non, jamais 4  Ne sait pas/Ne s’en rappelle pas 8 |  |
| 463 | Sentez-vous que le médecins, l’infirmier ou les autres membres du personnel vous ont traité d’une manière amicale ?  *Si Oui, diriez-vous tout le temps, la plupart du temps ou quelques fois ?* | Oui, tout le temps 1  Oui, la plupart du temps 2  Oui, quelques fois 3  Non, jamais 4  Ne sait pas/Ne s’en rappelle pas 8 |  |
| 464 | Pensez-vous que l’environnement de la structure sanitaire y compris les toilettes sont propres ?  *Si Oui, diriez-vous tout le temps, la plupart du temps ou quelques fois ?* | Oui, tout le temps 1  Oui, la plupart du temps 2  Oui, quelques fois 3  Non, jamais 4  Ne sait pas/Ne s’en rappelle pas 8 |  |
| 465 | Comment s’est déroulée l’expérience concernant les dispositions prises dans la structure sanitaire pendant l’attente d’un service ? Par exemple, la disposition des sièges, l’ordre des appels, etc. | Très bien 1  Bien 2  Mauvaise 3  Très mauvaise 4  Ne peut rien dire 8 |  |
| 466 | Avez-vous eu le sentiment de pouvoir poser toutes vos questions aux médecins, aux infirmières ou aux autres membres du personnel de la structure sanitaire ?  *Si Oui, diriez-vous tout le temps, la plupart du temps ou quelques fois ?* | Oui, tout le temps 1  Oui, la plupart du temps 2  Oui, quelques fois 3  Non, jamais 4  Ne sait pas/Ne s’en rappelle pas 8 |  |
| 467 | Avez-vous eu l’impression que les médecins, les infirmières ou les autres membres du personnel de la structure sanitaire vous ont fait participer aux décisions concernant vos soins ?  *Si Oui, diriez-vous tout le temps, la plupart du temps ou quelques fois ?*  *Si le répondant dit qu’il n’a pris aucune décision mettre « non applicable »* | Oui, tout le temps 1  Oui, la plupart du temps 2  Oui, quelques fois 3  Non, jamais 4  Ne sait pas/Ne s’en rappelle pas 8Non applicable 9 |  |
| 468 | Diriez-vous que vous avez été traité différemment en raison d’une caractéristique personnelle, comme votre âge, votre situation matrimoniale, le nombre de vos enfants, votre éducation, votre fortune, ou quelque chose de ce genre ?  *Si Oui, diriez-vous tout le temps, la plupart du temps ou quelques fois ?* | Oui, tout le temps 1  Oui, la plupart du temps 2  Oui, quelques fois 3  Non, jamais 4  Ne sais pas/Ne s’en rappelle pas 8 |  |
| 469 | Avez-vous eu l’impression d’être traité brutalement ? Par exemple, avez- vous été poussé, battu, giflé, pincé, contraint physiquement ou bâillonné, ou maltraité physiquement d’une autre manière ?  *Si Oui, diriez-vous tout le temps, la plupart du temps ou quelques fois ?* | Oui, tout le temps 1  Oui, la plupart du temps 2  Oui, quelques fois 3  Non, jamais 4  Ne sais pas/Ne s’en rappelle pas 8 |  |
| 470 | Avez-vous eu l’impression que les médecins, les infirmières ou les autres prestataires de soins de santé vous ont-ils, crié dessus, vous ont grondé, vous ont insulté, menacé ou vous ont parlé grossièrement ?  *Si Oui, diriez-vous tout le temps, la plupart du temps ou quelques fois ?* | Oui, tout le temps 1  Oui, la plupart du temps 2  Oui, quelques fois 3  Non, jamais 4  Ne sais pas/Ne s’en rappelle pas 8 |  |
| 471 | Compte tenu de votre expérience d’aujourd’hui, diriez-vous que vous êtes entièrement satisfait, partiellement satisfait ou pas du tout satisfait des services de services de planning familial fournis ? | Oui, entièrement satisfait 1  Oui, partiellement satisfait 2  Pas du tout satisfait 3  Ne peut rien dire 8 | 473  473 |
| 472 | Quelles sont les raisons de cette insatisfaction ?  *Si la personne interrogée mentionne plusieurs raisons, entourez le nombre de raisons qu’elle mentionne* | Manque d’installations A  Qualité médiocre du service B  Mauvaise relation client-soignant C  Frais trop élevée D  Autres (Précisez) X |  |
| 473 | Si nécessaire, reviendrez-vous à l’avenir dans cette structure sanitaire pour des services de planification familiale ? | Oui 1  Non 2  Ne peut rien dire 8 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Merci d’avoir répondu à mes questions sur votre visite. Je vais maintenant vous poser quelques questions sur des problèmes courants que rencontrent les clients dans les établissements de santé. Au fur et à mesure que je mentionne chacun de ces problèmes, veuillez me dire si l’un d’entre eux a été un problème pour vous aujourd’hui, et si oui, il s’agit d’un problème majeur or mineur.** | | | |
| 475 | Le temps d’attente pour consulter un prestataire dans cette structure sanitaire a-t-il été un problème ?  *SI OUI, diriez-vous qu’il s’agit d’un problème majeur ou mineur ?* | Oui, a posé un problème majeur 1  Oui, a posé un problème mineur 2  Non, ne pose pas de problème 3  Ne sais pas 8 |  |
| 476 | Les heures d’ouverture et de fermeture de la structure sanitaire ont-elles posé problème ?  *SI OUI, diriez-vous qu’il s’agit d’un problème majeur ou mineur ?* | Oui, a posé un problème majeur 1  Oui, a posé un problème mineur 2  Non, ne pose pas de problème 3  Ne sais pas 8 |  |
| 477 | Le nombre de jours pendant lesquels les services sont disponibles dans cette structure sanitaire vous a-t-il posé un problème ?  *SI OUI, diriez-vous qu’il s’agit d’un problème majeur ou mineur ?* | Oui, a posé un problème majeur 1  Oui, a posé un problème mineur 2  Non, ne pose pas de problème 3  Ne sais pas 8 |  |
| 478 | Les coûts des services de planification familiale de cette structure sanitaire vous-a-t-il posé problème ?  *SI OUI, diriez-vous qu’il s’agit d’un problème majeur ou mineur ?* | Oui, a posé un problème majeur 1  Oui, a posé un problème mineur 2  Non, ne pose pas de problème 3  Ne sais pas 8 |  |
| 479 | S’agit-il de la structure sanitaire offrant des services de planification familiale la plus proche de votre domicile ? | Oui 1  Non 2  Ne sais pas 8 | FIN  FIN |
| 480 | Quelle est la principale raison pour laquelle vous ne vous êtes pas rendu dans la structure sanitaire le plus proche de votre domicile ?  *Si la personne interrogée mentionne plusieurs raisons, demander la raison la plus importante ou la raison principale* | Calendrier des services n’est pas adapté 1  Mauvaise réputation 2  N’aime pas le personnel 3  Mauvaise qualité des soins 4  Cherté des prestations 5  Défaut de médicaments 6  J’ai été référé ici 7  Service non proposé 8  Mauvais accueil 9  Autres 96  Ne sait pas 98 |  |

**OBSERVATIONS DE L’ENQUÊTEUR**