

**MESURE APPRENTISSAGE ET ÉVALUATION (MLE) DE L'INITIATIVE SÉNÉGALAISE DE SANTE URBAINE (ISSU)
ENQUÊTE DE BASE (2011)**

QUESTIONNAIRE CLIENTE A LA SORTIE DES STRUCTURES SANITAIRES

NUMÉRO QUESTIONNAIRE....

SITE TYPE NUM STRUCT NUM REP

SITE (DAKAR=1, GUEDEAWAYE=2, PIKINE=3, MBAO=4, MBOUR=5, KAOLACK=6)..... DISTRICT SANITAIRE..... COMMUNE / COMMUNE D'ARRONDISSEMENT TYPE DE STRUCTURE..... NOM ET CODE DE LA STRUCTURE SANITAIRE..... NUMÉRO DE LA RÉPONDANTE (CODAGE BUREAU).....	SITE..... DS..... C / C A..... TYPE**..... NUM STRUCTURE..... NUM RÉPONDANTE.....								
TYPE DE STRUCTURE DE SANTÉ SECTEUR PUBLIC HÔPITAL11 CENTRE DE SANTE12 POSTE DE SANTE13 CASE DE SANTE.....14 AUTRE PUBLIC16 (PRÉCISER) SECTEUR PRIVE FORMEL CLINIQUE PRIVÉE.....21 CABINET PRIVE22 DISPENSAIRE CONFESSIONNEL.....23 AUTRE MÉDICAL PRIVE.....26 (PRÉCISER) ONG CLINIQUE D'ONG.....31 AUTRE STRUCTURE D'ONG.....36 (PRÉCISER) AUTRE96 (PRÉCISER)	CODE TYPE** HAUT VOLUME PUBLIC.....1 HAUT VOLUME PRIVÉ.....2 <table style="width:100%;"> <tr> <td></td> <td align="center">FRANÇAIS</td> <td align="center">WOLOF</td> <td align="center">AUTRE</td> </tr> <tr> <td>LANGUE DE L'ENTRETIEN.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">6</td> </tr> </table> SI AUTRE (PRÉCISER)..... LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTEE.....1 2 6 SI AUTRE (PRÉCISER)..... INTERPRÈTE? OUI NON 1 2		FRANÇAIS	WOLOF	AUTRE	LANGUE DE L'ENTRETIEN.....	1	2	6
	FRANÇAIS	WOLOF	AUTRE						
LANGUE DE L'ENTRETIEN.....	1	2	6						

VISITES ET RÉSULTATS DE L'ENQUÊTRICE

N° visite	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	JOUR/MOIS/ANNÉE [] / [] / 11]	JOUR/MOIS/ANNÉE [] / [] / 11]	JOUR/MOIS/ANNÉE [] / [] / 11]	JOUR [] [] MOIS [] [] ANNÉE [2] [0] [1] [1]
NOM ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	_____
CODE ENQUÊTEUR				
RÉSULTAT*				
PROCHAINE VISITE : DATE:	[] / [] / 11]	[] / [] / 11]	[] / [] / 11]	TOTAL NO. DE VISITES
HORAIRE :	 H H M M	 H H M M	 H H M M	

***CODES RÉSULTATS :**

- | | |
|-------------------------|----------------|
| 1. REMPLI | 3. REFUS |
| 2. PARTIELLEMENT REMPLI | 6. AUTRE _____ |
- (PRÉCISER)

SUPERVISEUR	CONTROLE DE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____	NOM _____	NOM _____
CODE.....	CODE.....	CODE.....
DATE[] [] [] [] JJ MM AA	DATE[] [] [] [] JJ MM AA	DATE[] [] [] [] JJ MM AA

Lettre d'information de la femme pour l'interview à la sortie des points de prestations de services

Nom et prénoms de la femme : _____

Madame,

Mon nom est _____ et je travaille comme enquêteur/chef d'équipe dans une recherche commanditée par Intrahealth pour le compte du Ministère de la Santé et de la Prévention et réalisée par le CRDH (Centre de Recherche pour le Développement Humain).

Il vous est proposé de participer à une recherche sur la santé maternelle et infantile qui vise à améliorer la qualité de vie des populations urbaines des villes sénégalaises à travers l'augmentation de l'accès et l'utilisation des services de santé de la reproduction. Si vous acceptez de participer, vous ferez partie des 13 000 femmes qui seront interrogées dans le cadre de cette recherche. Les informations que vous allez nous fournir seront très utiles au gouvernement pour planifier les politiques de santé et répondre aux besoins non satisfaits en santé de la reproduction. Vous avez été choisie au hasard parmi les clientes dans ce service.

Vous serez interviewé par une enquêtrice/enquêteur. Des informations sur l'accès et l'utilisation des services de santé, sur la santé maternelle et infantile, sur votre satisfaction des services reçus dans ce service et sur votre niveau de vie vous seront demandées.

L'entretien prend généralement entre 15 et 30 minutes. Nous avons pris les dispositions idoines pour que toute information que vous nous fournirez reste strictement secrète. L'entretien va être confidentiel et se tiendra en privé. Si les conditions pour que l'entretien se tienne en privé ne sont pas réunies, nous allons arrêter l'interview jusqu'à ce que celles-ci le soient. L'exploitation de l'information sera et restera anonyme.

Vous ne tirerez pas d'avantages directs de cette enquête, mais les informations que vous allez nous fournir aideront le Gouvernement à planifier les actions futures dans le domaine de la santé de la reproduction.

Il n'y a pas d'inconvénients à participer à cette enquête, sauf le temps que vous nous accorder pour répondre aux questions posées. Aucun prélèvement ou traitement n'est envisagé dans le cadre de cette enquête. La participation à cette enquête est volontaire; s'il y a une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, faites-le savoir et l'enquêteur passera à la question suivante. Vous pouvez également renoncer à l'entretien à tout moment. Nous espérons cependant que vous participerez à cette enquête car votre opinion est particulièrement importante pour nous.

Si vous acceptez de participer, vous devez signer ce document pour signifier que vous avez reçu l'information et marquer votre accord. Une copie du document signé vous sera remise.

Vous pouvez contacter le Directeur du Centre de Recherche pour le Développement Humain, Téléphone : 33 832 63 79, à tout moment si vous avez des questions au sujet de l'enquête.

Vous pouvez contacter Dr. Samba Cor Sarr, Direction de la Santé, 1 Rue Aimé Césaire, 2^{ème} étage Dakar Fann, BP 4024, Tél : 33 869 43 13, à tout moment si vous avez des questions au sujet de vos droits en tant que participant à l'enquête.

Votre participation à cette enquête est volontaire, ni votre entourage ni vous-même, ne serez pénalisés, ni ne perdrez aucun de vos droits si vous décidez d'arrêter votre participation.

Acceptez-vous de participer à l'enquête?

OUI.....☐

NON.....☐

FIN INTERVIEW

(SIGNATURE FICHE DE CONSENTEMENT)

ÉLIGIBILITÉ DES PARTICIPANT/QUESTIONS DE SÉLECTION			
No.	Questions	/ Codification	Saut
Q1.	ENREGISTREZ L'HEURE DE DÉBUT	:	
Q2.	Avez-vous vu un agent de santé aujourd'hui pour des soins?	OUI.....1 NON.....2	FIN DE L'ENTRETIEN
Q3.	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ?	AGE EN ANNÉES RÉVOLUES.....	Arrêter, si l'enquêtée a moins de 15 ans ou plus de 49 ans

INFORMATIONS RELATIVES A LA VISITE

A présent, je voudrais que nous échangions sur les services de santé de la reproduction pour lesquels vous êtes venue dans ces installations aujourd'hui.

Q4.	Pour quel type de service êtes-vous principalement venue ici aujourd'hui ?	PLANIFICATION FAMILIALE-----01 CONSULTATION PRÉNATALE-----02 SERVICES D'ACCOUCHEMENT -----03 CONSULTATION POSTNATALE-----04 SOINS APRÈS AVORTEMENT-----05 SUIVI DE LA CROISSANCE DES ENFANTS----- 06 VACCINATION DE L'ENFANT-----07 CONSULTATION IST-----08 CONSULTATION VIH/ SIDA ----- 09 SERVICES CURATIFS ----- 10 CONSEILS DÉPISTAGE VOLONTAIRE-----11 AUTRE ----- 96 (PRÉCISER)	} → Q19
------------	---	---	----------------

Q5.	Avant cette visite, qu'aviez-vous fait /quelles méthodes aviez-vous utilisées pour éviter de tomber enceinte? RÉPONSES MULTIPLES POSSIBLES. ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	PILULES.....A PRESERVATIF MASCULIN B PRESERVATIF FEMININC DIU.....D INJECTABLES.....E IMPLANT.....F MÉTHODES NATURELLES (MÉTHODE DU RYTHME /ABSTINENCE PÉRIODIQUE / RETRAIT).....G ALLAITEMENT AU SEIN /MAMA.....H STÉRILISATION FÉMININEI STÉRILISATION MASCULINE.....J CONTRACEPTION D'URGENCE.....K AUTREX (PRÉCISER) RIEN.....Y → Q13	
Q6.	Avez-vous utilisé une méthode de PF la dernière fois que vous avez eu un rapport sexuel?	OUI.....1 NON2	
Q7.	Avant votre visite d'aujourd'hui, quelle était la dernière fois que vous avez utilisé une méthode de PF pour éviter une grossesse ?	UTILISATRICE ACTUELLE DE MÉTHODE.....1 AU COURS DE LA SEMAINE DERNIÈRE.....2 IL Y A 1-3 SEMAINES.....3 IL Y A 1-3 MOIS.....4 IL Y A 4-6 MOIS.....5 IL Y A 7 MOIS – 11 MOIS.....6 IL Y A D'UN AN OU PLUS7 } → Q9	
Q8.	Quelle(s) méthode(s) aviez-vous utilisé à ce moment? RÉPONSES MULTIPLES POSSIBLES. ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PILULES.....A PRESERVATIF MASCULINB PRESERVATIF FEMININC DIU.....D INJECTABLES.....E IMPLANT.....F MÉTHODES NATURELLES (MÉTHODE DU RYTHME /ABSTINENCE PÉRIODIQUE / RETRAIT).....G ALLAITEMENT AU SEIN /MAMA.....H STÉRILISATION FÉMININEI STÉRILISATION MASCULINE.....J CONTRACEPTION D'URGENCE.....K AUTREX (PRÉCISER)	

Q9.	Quelle était votre principal objectif en venant aujourd'hui pour une visite de planification familiale? NOTER UNE SEULE RÉPONSE SI L'ENQUÊTÉE NE MENTIONNE PAS DE FAÇON EXPLICITE UNE DES OPTIONS LISTÉES, POURSUIVRE L'INTERVIEW EN ÉNUMÉRANT CES OPTIONS ET EN LUI DEMANDANT CELLE QUI CORRESPOND AU MIEUX AUX RAISONS DE SA VISITE AUJOURD'HUI. N'ENCERCLER QU'UNE SEULE RÉPONSE.	RÉAPPROVISIONNEMENT CONTRACEPTIFS.....01 CHANGER POUR UNE AUTRE MÉTHODE.....02 ARRÊTER LA CONTRACEPTION.....03 SUIVI DE ROUTINE04 SUIVI A LA SUITE DE PROBLÈMES.....05 RECOMMENCER LA PF.....06 AUTRE96 (PRÉCISER)	→ Q13
------------	---	--	---------------------

ANCIENNES UTILISATRICES					
Q11.	Au cours de votre consultation d'aujourd'hui, l'agent vous a –t-il	OUI	NON	NSP/ NE SE SOUVIENT PAS	N A
	a. Demandé le motif de votre visite?	1	2	8	7
	b. Posé des questions sur les difficultés que vous auriez avec la méthode actuelle avant cette visite?	1	2	8	7
	c. Suggéré une quelconque action pour surmonter ce problème ?	1	2	8	7
	d. Posé des questions sur votre but/objectif en termes de procréation?	1	2	8	7
	e. Donné des informations relatives aux différentes méthodes de la PF?	1	2	8	7
	f. Interrogé sur votre préférence pour une autre méthode de PF	1	2	8	7
	g. Parlé des possibles effets secondaires de l'actuelle méthode que vous utilisez?	1	2	8	7
	h. Parlé de ce que vous pouvez faire en cas de problèmes avec la méthode?	1	2	8	7
	i. Donné un rendez-vous pour le suivi?	1	2	8	7
Q12.	Quelles ont été les conclusions de la visite? Avez-vous décidé de continuer avec la même méthode, d'arrêter ou changer de méthodes ?	CONTINUER AVEC LA MÊME MÉTHODE1 → Q16 CHANGER DE MÉTHODE... 2 → Q13e ARRÊTER LA MÉTHODE (SUITE À DES PROBLÈMES).....3 ARRÊTER LA MÉTHODE (AUCUNE RAISON ÉVOQUÉE – PAS DE PROBLÈMES).....4 AUTRES (PRÉCISER) 6 } → Q35			

NOUVELLE UTILISATRICE ET/OU N'UTILISE PLUS AU MOMENT DE LA CONSULTATION					
Q13.	Au cours de votre consultation d'aujourd'hui, l'agent vous a –t-il	OUI	NON	NSP/ NE SE SOUVIENT PAS	N A
	a. Demandé le motif de votre visite?	1	2	8	7
	b. Posé des questions sur votre but/objectif en termes de procréation?	1	2	8	7
	c. Donné des informations relatives aux différentes méthodes de PF?	1	2	8	7
	d. Interrogé sur votre préférence pour une méthode de PF	1	2	8	7
	e. Aidé à choisir une méthode de PF ?	1	2	8	7
	f. Expliqué comment utiliser la méthode choisie ?	1	2	8	7
	g. Parlé des possibles effets secondaires de cette méthode?	1	2	8	7
	h. Expliqué ce qu'il faut faire en cas de problème avec cette méthode?	1	2	8	7
	i. Donné un rendez-vous pour le suivi?	1	2	8	7
Q14.	Avant de venir dans cette structure aujourd'hui, saviez-vous quelle(s) méthode(s) de PF vous voudriez utiliser ?	OUI.....1 NON.....2 → Q16			

Q15.	Quelle(s) était (aient) cette (ces) méthode(s)? RÉPONSES MULTIPLES POSSIBLES. ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	PILULES.....A PRESERVATIF MASCULIN B PRESERVATIF FEMININC DIU.....D INJECTABLES.....E IMPLANT.....F MÉTHODES NATURELLES (MÉTHODE DU RYTHME /ABSTINENCE PÉRIODIQUE / RETRAIT).....G ALLAITEMENT AU SEIN /MAMA.....H STÉRILISATION FÉMININEI STÉRILISATION MASCULINE.....J CONTRACEPTION D'URGENCE.....K AUTREX (PRÉCISER)	
Q16.	Avez-vous reçu l'une de ces méthodes contraceptives aujourd'hui?	OUI.....1 NON.....2	→ Q18
Q17.	Avez-vous reçu une référence, ou une prescription pour une méthode de planification familiale aujourd'hui?	OUI, RÉFÉRENCE REÇUE1 OUI, PRESCRIPTION REÇUE2 NON, N'A RIEN REÇU.....3 UTILISE DÉJÀ.....4	→ Q35 → Q35
Q18.	(Pour) Quelle(s) méthode(s)? RÉPONSES MULTIPLES POSSIBLES. ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	PILULES.....A PRESERVATIF MASCULIN B PRESERVATIF FEMININC DIU.....D INJECTABLES.....E IMPLANT.....F MÉTHODES NATURELLES (MÉTHODE DU RYTHME /ABSTINENCE PÉRIODIQUE / RETRAIT).....G ALLAITEMENT AU SEIN /MAMA.....H STÉRILISATION FÉMININEI STÉRILISATION MASCULINE.....J CONTRACEPTION D'URGENCE.....K AUTREX (PRÉCISER)	→ Q35

UTILISATRICES POTENTIELLES D'INTÉGRATION			
Q19.	Y aurait-il d'autres préoccupations liées à la santé sur lesquelles vous aviez souhaité en savoir davantage aujourd'hui et qui n'auraient pas été abordées ?	OUI.....1 NON.....2	→ Q21
Q20.	A quoi étaient liées ces préoccupations sanitaires ? NE PAS LIRE LES ÉLÉMENTS DE LA LISTE RÉPONSES MULTIPLES POSSIBLES. ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	CONSULTATION PRÉNATALE.....A SERVICES ACCOUCHEMENTS.....B SOINS POST NATALS.....C SUIVI DE LA CROISSANCE DES ENFANTS..D CONSULTATION IST.....E CONSULTATION VIH.....F CONSULTATION GÉNÉRALE.....G SERVICES DE NUTRITION.....H VACCINATION ENFANTS.....I SOINS APRÈS-AVORTEMENT.....J CONSEIL DÉPISTAGE VOLONTAIRE.....K PLANIFICATION FAMILIALE.....L AUTRES SERVICES.....X (PRÉCISER)	

Q21.	VÉRIFIER Q4: SI N'IMPORTE QUEL TYPE DE VISITE, INCLUANT : SUIVI DE LA CROISSANCE DES ENFANTS (Q4=06), OU VACCINATION ENFANTS (Q4=07), OU CONSULTATION IST (Q4=08), OU CONSULTATION VIH/SIDA (Q4=09), OU SERVICES CURATIFS (Q4=10), CDV (Q4=11) OU AUTRES (Q4=96)	VISITE PRÉNATALE OU ACCOUCHEMENT (Q4=2 OU 3) ☐ → Q26 SOINS POST NATALS OU SOINS APRÈS AVORTEMENT (Q4=04 OU 05) ☐ → Q23
-------------	---	---

Q22.	Êtes-vous actuellement enceinte?	OUI.....1 NON.....2 INCERTAINE.....8	→ Q26
Q23.	Faites –vous (prenez-vous) présentement quelque chose pour éviter de tomber enceinte ?	OUI1 NON2	→ Q25

Q24. Pourquoi n'utilisez-vous pas une méthode de planification familial/espacement des naissances pour éviter de tomber enceinte ? RÉPONSES MULTIPLES POSSIBLES. NE PAS LIRE LES RÉPONSES, ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RAISONS LIEES A LA FECONDITE PEU/ PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....A MARI ABSENT.....B MENOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE.....C ALLAITEMENT MATERNEL.....D NE PEUT PAS AVOIR D' ENFANT.....E VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLEF VEUT PRENDRE /TENTE DE PRENDRE UNE GROSSESSE.....G AMÉNORRHÉE POST-PARTUM.....H REFUS D'UTILISATION L'ENQUÊTÉE S'Y OPPOSE.....I LE PARTENAIRE S'Y OPPOSEJ LES AUTRES S'YOPPOSENTK INTERDICTION RELIGIEUSEL HONTE, CRAINTE DE STIGMATISATION.....M L'IGNORANCE NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE.N NE SAIT PAS COMMENT UTILISER UNE MÉTHODE...O NE CONNAÎT AUCUNE SOURCE.P RAISONS LIÉES AUX METHODES PROBLEMES DE SANTE.....Q PEUR DES EFFETS SECONDAIRES.R MANQUE D'ACCESS / TROP DISTANT.S COÛT TROP ÉLEVÉ.T PEU COMMODE À L'UTILISATIONU N'AIME PAS LES MÉTHODES EXISTANTES.....V MAUVAISE EXPÉRIENCE AVEC LES MÉTHODES EXISTANTES.....W FATALISTE TOUT DÉPEND DE DIEU.....Y AUTREX NE SAIT PAS.Z	→ Q26
Q25. Quelle méthode utilisez-vous actuellement? RÉPONSES MULTIPLES POSSIBLES. ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	PILULES.....A PRESERVATIF MASCULINB PRESERVATIF FEMININC DIU.....D INJECTABLES.....E IMPLANT.....F MÉTHODES NATURELLES (MÉTHODE DU RYTHME /ABSTINENCE PÉRIODIQUE / RETRAIT).....G ALLAITEMENT AU SEIN /MAMA.....H STÉRILISATION FÉMININEI STÉRILISATION MASCULINE.....J CONTRACEPTION D'URGENCE.....K AUTREX (PRÉCISER)	
Q26.	Au cours de cette visite, avez-vous reçu ou vu une information sur la PF ? OUI 1 NON.2 → Q29	
Q27.	Comment avez-vous eu l'information? RÉPONSES MULTIPLES POSSIBLES. ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNE. PAR LE BIAIS DE L'AGENT DE PF.....A PAR LE BIAIS D'UNE VIDÉO.....B EN PARTICIPANT À UN GROUPE DE DISCUSSIONS.....C GRACE À DES DOCUMENTS ÉCRITS (AFFICHES, DÉPLIANTS, ETC.).....D EN POSANT DES QUESTIONS SUR LA PF.....E AUTREX	

Q28.	De quels sujets a-t-on parlé selon les informations que vous avez reçues ou vues ? RÉPONSES MULTIPLES POSSIBLES. NE PAS LIRE LES RÉPONSES, ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MÉTHODES PF.....A IMPLICATION DES HOMMES DANS LA PF.....B BIENFAITS DE L'ESPACEMENT DES GROSSESSES.....C ALLAITEMENT AU SEIN / MAMA.....D BUTS/OBJECTIFS DE LA SR.....E EFFETS SECONDAIRES DES MÉTHODES DE PF.....F AUTRE.....X PRÉCISER	
Q29.	Savez-vous si vous pouvez obtenir des méthodes ou services de PF dans cette structure ?	OUI, PEUT RECEVOIR PF ICI1 NON, NE PEUT PAS RECEVOIR PF ICI.....2 NE SAIT PAS.....8	Q32
Q30.	Avez-vous reçu une méthode de planification familiale, une référence, ou une prescription pour l'espacement des naissances aujourd'hui ?	OUI, MÉTHODE REÇUE.1 OUI, RÉFÉRENCE REÇUE.....2 OUI, PRESCRIPTION REÇUE.....3 OUI, MÉTHODE ET RÉFÉRENCE/PRESCRIPTION REÇUE...4 NON, N'A RIEN REÇU POUR PF5 UTILISE DÉJÀ6 FEMME ENCEINTE.....7	Q32 Q37 Q33
Q31.	(Pour) quelle(s) méthode(s) RÉPONSES MULTIPLES POSSIBLES. ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PILULES.....A PRESERVATIF MASCULIN B PRESERVATIF FEMININC DIU.....D INJECTABLES.....E IMPLANT.....F MÉTHODES NATURELLES (MÉTHODE DU RYTHME /ABSTINENCE PÉRIODIQUE / RETRAIT).....G ALLAITEMENT AU SEIN /MAMA.....H STÉRILISATION FÉMININEI STÉRILISATION MASCULINE.....J CONTRACEPTION D'URGENCE.....K AUTREX (PRÉCISER)	Q37
Q32.	Si un prestataire dans ce service vous avait offert une méthode de PF aujourd'hui, auriez-vous accepté ?	OUI 1 NON 2	
Q33.	Seriez-vous intéressé à discuter de PF avec un prestataire au niveau de l'unité où vous avez reçu votre principal service aujourd'hui (MENTIONNÉ À Q4)?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	Q37
Q34.	Pourquoi vous ne seriez pas intéressée à avoir cette discussion ? RÉPONSES MULTIPLES POSSIBLES. ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PAS LE BON MOMENT POUR DISCUTER.....A PAS LE BON MOMENT, ENFANTS PRÉSENTS.....B PAS A L'AISE AVEC L'AGENT.....C N'A PAS LE TEMPSD VEUT PLUS D'ENFANTS.E N'Y A JAMAIS PENSÉ.F LE MARI S'Y OPPOSERAIT.G DÉSAPPROUVE LA PF.....H PRÉSENTEMENT ENCEINTE.....I INTERDICTION RELIGIEUSE.....J ALLAITEMENT AU SEIN.....K AMÉNORRÉE POST-PARTUML PEU/PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....M ABSENCE DU MARIN MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE.....O NE PEUT PAS AVOIR D'ENFANTP PROBLÈMES DE SANTÉ.....Q CRAINTE DES EFFETS SECONDAIRES.....R TROP COUTEUX.....S PAS D'ACCÈS RÉGULIER AUX MÉTHODES.....T PEU COMMODE A L'UTILISATION.....U N'AIME PAS LES MÉTHODES EXISTANTES.....V MAUVAISE EXPÉRIENCE AVEC MÉTHODES EXISTANTES..W MÉTHODES QUI L'INTÉRESSENT NE SONT DISPONIBLES..Y AUTRE (PRÉCISER).....X	Q37

INFORMATION CONCERNANT LA SATISFACTION DE LA CLIENTE

Je voudrais commencer par vous poser des questions concernant les services que vous avez reçus aujourd'hui. S'il vous plaît, parlez-nous de l'agent qui vous a fourni la majorité des informations pendant votre visite. L'agent ne saura rien de vos réponses, par conséquent, soyez francs s'il vous plaît. Ces informations permettront d'améliorer les services de planification familiale.

N°	QUESTIONS	CODAGE	SAUT
Q35.	En plus des services de PF que vous avez reçus aujourd'hui, avez-vous reçu d'autres services auprès du prestataire de santé ?	OUI1 NON 2	→ Q37
Q36.	De quel(s) autre(s) service(s) avez-vous bénéficié (s)? NE PAS LIRE LA LISTE RÉPONSES MULTIPLES POSSIBLES. ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	CONSULTATION PRÉNATALE.....A SERVICES ACCOUCHEMENT.....B SOINS POST NATALS.....C SUIVI DE LA CROISSANCE DES ENFANTS...D CONSULTATION IST.E CONSULTATION VIH.F SERVICES CURATIFSG SERVICES DE NUTRITION.....H VACCINATION ENFANTS.....I SOINS APRÈS-AVORTEMENT.....J CONSEIL DÉPISTAGE VOLONTAIRE.....K AUTRES SERVICESX (PRÉCISER)	
Q37.	Environ combien de temps avez-vous attendu entre le moment où vous êtes arrivée au niveau de la formation sanitaire et le moment où vous avez vu un membre du personnel pour une consultation ?	<=15 MINUTES1 16-30 MINUTES2 31-45 MINUTES 3 46-60 MINUTES 4 61 MINUTES- 90 MINUTES 5 91 MINUTES - 2H 6 PLUS DE 2H 7	
Q38.	Estimez-vous que votre temps d'attente était raisonnable ou trop long?	PAS DE TEMPS D'ATTENTE.....1 RAISONNABLE.....2 TROP LONG.....3 NE SAIT PAS.8	
Q39.	Pendant votre entrevue avec le prestataire au cours de votre visite, pensez-vous que d'autres clientes pouvaient vous voir/apercevoir?	OUI1 NON.2	
Q40.	Pendant votre entrevue avec le prestataire au cours de votre visite, pensez-vous que d'autres clientes pouvaient entendre ce que vous disiez?	OUI1 NON.....2 NSP.....8	
Q41.	Étiez-vous à l'aise pour poser des questions pendant cette visite?	OUI1 NON2	
Q42.	Est-ce que le prestataire vous a demandé si vous aviez d'autres questions ?	OUI1 NON 2	
Q43.	Est-ce que le prestataire a répondu à toutes vos questions?	OUI1 NON 2	
Q44.	Avez-vous le sentiment que les informations vous concernant que vous avez partagées avec le prestataire seront gardées confidentielles?	OUI1 NON 2 NE SAIT PAS8	
Q45.	Pendant votre visite, comment avez-vous été traitée <u>par l'agent</u> ? Diriez-vous que vous avez été « très bien traitée », « bien traitée », ou « pas très bien/mal traitée » ?	TRÈS BIEN.....1 BIEN.....2 PAS TRÈS BIEN/MAL.....3	
Q46.	Pendant votre visite, comment avez-vous été traitée <u>par les autres membres du personnel</u> ? Diriez-vous que vous avez été « très bien », « bien », ou « pas très bien/mal traitée » ?	TRÈS BIEN.....1 BIEN.....2 PAS TRÈS BIEN/MAL.....3 IL N'Y AVAIT AUCUN AUTRE AGENT.....4	
Q47.	Avez-vous eu le sentiment que les informations qui vous ont été données pendant votre visite aujourd'hui étaient trop peu, beaucoup trop, juste ce qu'il faut?	TROP PEU.1 CE QU'IL FAUT.2 BEAUCOUP3 NE SAIT PAS.....8	

Q48.	Étiez-vous très satisfaite, satisfaite, quelque peu satisfaite, ou pas du tout satisfaite de votre visite d'aujourd'hui dans la structure?	TRÈS SATISFAITE.....1 SATISFAITE.....2 QUELQUE PEU SATISFAITE.....3 PAS DU TOUT.....4	
Q49.	Reviendrez-vous vers cette structure pour vos besoins sanitaires à l'avenir ?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS.....8	
Q50.	Recommanderez-vous à d'autres personnes de votre famille/des amies/voisines cette structure en vue d'obtenir des services de sante?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS.....8	

Q51. VÉRIFIEZ Q4 et Q26 : SI Q4 = 01 POUR PF OU Q26= 1 (A REÇU DES INFORMATIONS EN PF) ☐		SI Q4 = DIFFERENT DE 01 ☐ ET Q26 = 2 (N'A PAS REÇU D'INFO EN PF) ☐ → Q54
Q52.	L'agent vous a-t-il montré des boîtes à images, des affiches, dépliants ou des échantillons de méthodes pendant votre discussion?	OUI1 NON2
Q53.	Pendant la visite, vous a-t-on donné des supports IEC (dépliants, prospectus, affiches, etc.) sur la PF à emporter avec vous ?	OUI1 NON2
Q54.	À présent, je voudrais vous poser des questions sur le coût des services de PF que vous avez reçus aujourd'hui dans cette structure Quelle est la somme totale que vous avez déboursée pour toutes ces prestations et services ? N'omettez pas d'y inclure toute autre dépense faite pour les tests en laboratoire et pour la consultation. <i>[NA = clientes d'intégration n'ayant pas reçu de services PF]</i>	N'A RIEN PAYÉ (GRATUIT).....00000 → Q56 NE SAIT PAS.....99998 → Q56 NON APPLICABLE.....99993 → Q56 MONTANT TOTAL (CFA)
Q55.	Pensez-vous que ce prix est cher ou pas cher?	CHER.....1 PAS CHER.....2 NE PEUT PAS DIRE.....8
Q56.	Avez-vous une assurance ou une institution (franchises) qui paie pour tous ou une partie des services que vous avez reçus au niveau de cette structure de santé ?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS.....8

INFORMATIONS RELATIVES A LA STRUCTURE DE SANTE			
À présent, je voudrais vous poser des questions sur le transport et l'accès aux services de santé.			
N°	QUESTIONS	CODAGE	SAUT
Q57.	Combien de temps avez-vous mis pour venir ici aujourd'hui ?	TEMPS MIS EN MINUTES NE SAIT PAS..... 998	
Q58.	Quel a été le principal moyen de transport que vous avez utilisé pour arriver ici?	A PIED.....01 CHARRETTE/CALÈCHE.....02 BUS/MINIBUS/CAR RAPIDE.....03 TAXI.....04 BICYCLETTE.....05 MOTOCYCLETTE/SCOOTER.....06 VOITURE PRIVÉE.....07 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	

Q59.	Pour quelles raisons avez-vous choisi cette structure aujourd'hui? RÉPONSES MULTIPLES POSSIBLES. ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PAS LOIN DE CHEZ MOI.....A CONVENABLE PAR RAPPORT A MON LIEU DE TRAVAIL.....B CONVENABLE PAR RAPPORT A MES HORAIRES.....C VOUS POUVEZ PASSER INAPERÇU/ANONYME...D BONNE RÉPUTATIONE LE PERSONNEL EST DISCRET/ CONFIDENTIALITÉ GARANTIE.....F C'EST PLUS ABORDABLE/MOINS CHER.G A ETE REFERENCEE A CETTE STRUCTUREH CETTE STRUCTURE EST LOIN DE MON DOMICILE.....I OFFRE DES SERVICES DE QUALITÉ.....J OFFRE LES SERVICES DÉSIRÉSK LA STRUCTURE ACCEPTE LES ASSURANCES/L'IPM.....L LES PRESTATAIRES TRAITENT BIEN LES CLIENTS.....M HABITUDE/TOUTE LA FAMILLE Y VA.....N AUTRES (PRÉCISER).....X NE SAIT PAS.....Z	
Q60.	Cette structure de santé est-elle la plus proche de votre lieu de travail?	OUI.1 NON.....2 NE TRAVAILLE PAS.....3 NE SAIT PAS.....8	
Q61.	Cette structure de santé est-elle la plus proche de votre domicile ?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	➔ Q64 ➔ Q64
Q62.	Quel est le type de structure le plus proche de votre domicile?	TYPE DE STRUCTURE DE SANTÉ SECTEUR PUBLIC HÔPITAL11 CENTRE SANTE12 POSTE DE SANTE.....13 CASE DE SANTE.....14 AUTRE PUBLIC16 (PRÉCISER) SECTEUR PRIVE FORMEL CLINIQUE PRIVÉE.....21 CABINET PRIVE22 DISPENSAIRE CONFESIONNEL.....23 AUTRE MÉDICAL PRIVE26 (PRÉCISER) ONG CLINIQUE D'ONG.....31 AUTRE STRUCTURE D'ONG36 (PRÉCISER) AUTRE96	
Q63.	Quelle était la principale raison pour laquelle vous n'êtes pas allée dans la structure la plus proche de votre domicile? NOTER UNE SEULE RÉPONSE.	HEURES D'OUVERTURE NON CONVENABLES...01 MAUVAISE RÉPUTATION02 N'AIME PAS LE PERSONNEL03 PAS DE MÉDICAMENTS.04 PRÉFÈRE RESTER ANONYME05 ELLE EST PLUS CHÈRE.06 RÉFÉRENCE.07 PRÉFÈRE UNE STRUCTURE DE SANTE QUI EST PLUS PROCHE DU LIEU DE TRAVAIL.....08 SERVICE NON OUVERT.....09 PAS D'AGENTS FÉMININS.....10 SERVICE DE MAUVAISE QUALITÉ.....11 N'OFFRE PAS LES SERVICES REQUIS.....12 PRESTATAIRES SOUVENT ABSENTS.....13 LE SERVICE N'ACCEPTE PAS L'IPM.....14 NOTRE FAMILLE N'Y VA PAS.....15 AUTRE96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS.....98	

Q64.	Utilisez-vous cette structure sanitaire (la plus proche de votre domicile) pour d'autres services de santé?	OUI.....1 NON.....2 → Q66
Q65.	Pour quels autres services de santé allez-vous à la structure de santé la plus proche? RÉPONSES MULTIPLES POSSIBLES. NE PAS LIRE LES RÉPONSES, ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	CONSULTATION PRÉNATALE.....A SERVICES ACCOUCHEMENT.....B CONSULTATION POST NATALE.....C SUIVI DE LA CROISSANCE DES ENFANTS...D CONSULTATION IST.E CONSULTATION VIH.....F SERVICES CURATIFSG SERVICES DE NUTRITION.....H VACCINATION ENFANTS.....I SOINS APRÈS-AVORTEMENT.....J CONSEIL DÉPISTAGE VOLONTAIRE.....K PLANIFICATION FAMILIALE.....L AUTRES SERVICESX (PRÉCISER)

EXPOSITION AUX MEDIA			
<i>Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre exposition aux media</i>			
N°	QUESTIONS	CODAGE	SAUT
Q66.	Avez-vous reçu des informations relatives à la planification familiale au cours de ces trois derniers mois ?	OUI.....1 NON.....2 → Q68 NE SE SOUVIENT PAS8 → Q68	
Q67.	Quels sont vos principales sources d'information relatives à la planification familiale ? DEMANDER SÉPARÉMENT DES PRÉCISIONS SUR: A. Sources médiatiques B. Sources médicales C. Sources communautaires D. Sources interpersonnelles INSISTER: Autre source ? (POUR CHAQUE CATÉGORIE) RÉPONSES MULTIPLES POSSIBLES. ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	SOURCES MÉDIATIQUES RADIO.....AA TV.....AB JOURNAUX/LIVRES.....AC MAGAZINES.....AD PANNEAUX D'AFFICHAGE.....AE PEINTURE MURALE.....AF INTERNETAG SOURCES MÉDICALES MÉDECIN.....BA SAGE-FEMME.....BB INFIRMIER/AI.....BC MATRONE / ASCBD GUÉRISSEUR / ACCOUCHEUSE TRAD.....BE PHARMACIENBF SOURCES COMMUNAUTAIRES RELAIS COMMUNAUTAIRECA ORGANISATION COMMUNAUTAIRES.....CB VOLONTAIRES / PAIRS ÉDUCATEURSCC ÉCOLE.....CD TRAVAILLEUR D'ONG.....CE SOURCES RELIGIEUSES.....CF GROUPEMENTS FÉMININS.....CG SOURCES INTERPERSONNELLES PARENTS.....DA BEAUX-PARENTS.....DB ÉPOUX/PARTENAIREDC FRÈRES ET SŒURS.....DD BELLES SŒURS/BEAUX-FRÈRES.....DE AMIS / VOISINS.....DF AUTRES PARENTS/CONNAISSANCES.....DG AUTRE (PRÉCISER).....XX AUCUN.....YY NE SAIT PASZZ	

CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES DE LA CLIENTE			
A présent, je vais vous poser des questions vous concernant.			
N°	QUESTIONS	CODAGE	SAUT
Q68.	Avez-vous déjà fréquenté l'école?	OUI.....1 NON2	→ Q71
Q69.	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	CORANIQUE SEULEMENT.....1 PRIMAIRE.....2 SECONDAIRE 13 SECONDAIRE 24 SUPÉRIEUR.....5	→ Q71 → Q71
Q70.	Quelle est la dernière année/classe vous avez achevée ?	CLASSE /NIVEAU/ ANNÉE.....[][]	
Q71.	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE.....1 AUTRE RELIGION CHRÉTIENNE.....2 MUSULMAN.....3 TRADITIONNELLE.....4 AUCUNE ELIGION.....5 AUTRE.....6	
Q72.	Quelle est votre groupe ethnique ?	WOLOF/LEBOU.....01 POULAR.....02 SERER.....03 DIOLA.....04 MANDINGUE.....05 SONINKE.....06 AUTRE.....96 (PRECISER)	
Q73.	Quel est votre situation matrimoniale actuelle? (INSISTEZ POUR CONNAITRE LE STATUT EXACT)	ACTUELLEMENT MARIÉ(E).....1 VIT AVEC UN HOMME.....2 DIVORCÉE.....3 SÉPARÉE.....4 VEUVE.....5 CÉLIBATAIRE, JAMAIS MARIÉE.....6	→ Q76
Q74.	Vivez-vous actuellement avec votre époux/partenaire où bien vit-il ailleurs?	VIVENT ENSEMBLE.....1 ÉPOUX /PARTENAIRE VIT AILLEURS2	
Q75.	Avez-vous déjà discuté de Planification Familiale avec votre partenaire ?	OUI1 NON2	
Q76.	Avez-vous discuté de la planification familiale avec quelqu'un [d'autre] au cours des 6 derniers mois ?	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	
Q77.	VÉRIFIER Q4: POUR SERVICES D'ACCOUCHEMENT OU Q22 ACTUELLEMENT ENCEINTE SI Q4=PLANNING FAMILIAL (01), SUIVI DE LA CROISSANCE (06), VACCINATION DES ENFANTS (07), CONSULTATION IST (08), CONSULTATION VIH/SIDA (09), SERVICES CURATIFS (10), CDV (11), AUTRE (96) ET Q22=2 OU 8 POUR PAS ACTUELLEMENT ENCEINTE SI Q4= (02) SOINS PRÉNATLS, (03) SERVICES ACCOUCHEMENT, (04) SOINS POSTNATLS, OU (05) SOINS APRÈS-AVORTEMENT, OU Q22=1 POUR ACTUELLEMENT ENCEINTE ☐ → ☐ → Q79		
Q78.	Avez-vous déjà été enceinte?	OUI1 NON2	→ Q80
Q79.	Combien d'enfants vivants avez-vous? NOTER LE NOMBRE DONNÉ	NOMBRE D'ENFANTS[][] AUCUN00 NE SAIT PAS98	
Q80.	[Après la naissance de cet enfant] Voudriez-vous avoir un (autre) enfant dans l'avenir?	OUI1 NON2 DÉPEND DU CONJOINT3 DÉPEND DE DIEU4 NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....5 NE SAIT PAS8	→ Q82

Q81.	[Après la naissance de cet enfant] Pendant combien de temps voudriez-vous attendre avant d'avoir un (autre) enfant ?	MOINS D'UN AN1 UN A DEUX ANS2 PLUS DE DEUX ANS3 NE SAIT PAS8	
Q82.	Combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels au cours des trois (3) derniers mois ?	NOMBRE DE FOIS..... [][] OU AUCUNE.....000 CHAQUE JOUR.....991 CHAQUE SEMAINE.....992 CHAQUE MOIS.....993 AUTRE996 (PRÉCISER) NE SAIT PAS.....998	
Q83.	Quelqu'un vous a –t-il accompagné à votre visite d'aujourd'hui ?	OUI1 NON2	→ Q85
Q84.	Qui est-ce qui vous accompagné ? ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	ENFANT(S).....A CONJOINT.....B MÈRE.....C BELLE-MÈRE.....D AMI(E).....E AUTRE X	

<i>Je voudrais à présent vous poser des questions relatives à votre demeure/ lieu de résidence</i>			
Q85.	Quel est votre lieu de résidence actuel ?	NOM VILLAGE/VILLE NOM DÉPARTEMENT A CODER AU BUREAU RÉGION A CODER AU BUREAU	
Q86.	Quel est le principal matériau dont est faite la toiture de votre demeure ? ENCERCLER UNE SEULE RÉPONSE	TOITURE NATURELLE AUCUN TOIT.....11 CHAUME/FEUILLES DE PALMIER/ ROSEAU.....12 HERBE/PAILLE.....13 TOITURE RUDIMENTAIRE PAILLASSON RUSTIQUE21 PALMIER/BAMBOO.....22 PLANCHES EN BOIS.....23 CARTON.....24 TOITURE AMÉLIORÉE ARDOISE/ FIBRE DE CIMENT.....31 BOIS.....32 TUILES33 CIMENT.....34 BARDEAU DE COUVERTURE.....35 ZINC/MÉTAL.....36 AUTRE96 (PRÉCISER)	

Q87.	De quel type de toilettes dispose votre ménage?	CHASSE BRANCHÉE A ÉGOUT.....01 BRANCHÉE A FOSSE SEPTIQUE.....02 BRANCHÉE A LATRINE.....03 BRANCHÉE AILLEURS.....04 BRANCHÉE A STRUCTURE INCONNUE.....05 LATRINE VENTILÉE ET AMÉLIORÉE.....06 LATRINE DALLÉE (EN CIMENT, EN BOIS, ETC.)...07 TOILETTE COMPOSTÉE.....08 LATRINE SANS DALLE / FOSSE OUVERTE.....09 SEAU / BAQUET.....10 PAS DE TOILETTE/ LA NATURE.....11 AUTRE.....96 (PRÉCISER)	→ Q90
Q88.	Ces toilettes sont-elles situées à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison ?	A L'INTERIEUR1 A L'EXTERIEUR.....2	
Q89.	D'autres ménages partagent-ils ces toilettes avec vous ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS.....8	
Q90.	Quelle est la source d'eau de boisson dans votre ménage?	EAU ROBINET DANS LOGEMENT.....11 DANS COUR/CONCESSION.....12 ROBINET DU VOISIN.....13 ROBINET PUBLIC /BORNE FONTAINE.....14 EAU DE PUIITS NON COUVERT PUITS OUVERT DANS LOGEMENT.....21 PUITS OUVERT DANS COURS/CONCESSION.....22 PUITS PUBLIC OUVERT.....23 EAU DE PUIITS PROTÈGE PUITS COUVERT PROTÈGE DANS LOGEMENT.....31 PUITS COUVERT DANS COUR/CONCESSION.....32 PUITS PUBLIC PROTÈGE.....33 EAU DE SOURCE SOURCE PROTÉGÉE.....41 SOURCE NON-PROTÉGÉE (MARE, RIVIÈRE, ETC.).....42 EAU DE PLUIE.....51 CAMION-CITERNE A EAU.....61 EAU EN BOUTEILLE.....71 AUTRE.....96 (PRÉCISER)	
Q91.	Quel type de combustible utilise-t-on principalement dans votre ménage pour faire la cuisine ?	ÉLECTRICITÉ.....01 GAZ BOUTEILLE.....02 CHARBON DE BOIS.....03 BOIS À BRÛLER, PAILLE.....04 BOUSE.....05 NE CUISINE PAS.....06 AUTRE.....96 (PRÉCISER)	
Q92.	Combien de pièces y a-t-il dans votre ménage, notamment les chambres à coucher et toutes les autres pièces (toilettes et cuisine exclues)?	PIECES (TOTAL).....	
Q93.	Votre ménage dispose-t-il d'électricité?	OUI1 NON.....2	
Q94.	Votre ménage dispose-t-il d'un groupe électrogène?	OUI1 NON.....2	

Q95.	Votre ménage dispose-t-il d'une radio?	OUI1 NON.....2	
Q96.	Votre ménage dispose-t-il d'une TV?	OUI1 NON.....2	→ Q100
Q97.	Votre ménage dispose-t-il d'un vidéo/DVD player?	OUI1 NON.....2	
Q98.	Votre ménage dispose-t-il d'une antenne MMDS/TV5?	OUI1 NON.....2	
Q99.	Votre ménage dispose-t-il de Canal Sat / Horizons?	OUI1 NON.....2	
Q100.	Votre ménage dispose-t-il d'un téléphone fixe?	OUI1 NON.....2	
Q101.	Votre ménage dispose-t-il d'un téléphone mobile?	OUI1 NON.....2	
Q102.	Votre ménage dispose-t-il d'un réfrigérateur/congélateur?	OUI1 NON.....2	
Q103.	Votre ménage dispose-t-il d'un ordinateur ?	OUI1 NON.....2	
Q104.	Votre ménage dispose-t-il d'un climatiseur?	OUI1 NON.....2	
Q105.	Votre ménage dispose-t-il d'une voiture?	OUI1 NON.....2	
	MENTIONNER L'HEURE EXACTE DE LA FIN DE L'ENTRETIEN	:	
<i>Merci beaucoup pour avoir pris le temps de répondre à mes questions. Une fois de plus, les informations que vous m'avez données seront gardées strictement confidentielles. Bonne journée!</i> OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE			
OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR			