

**LQAS SONDAGE DES MENAGES 2012**  
**QUESTIONNAIRE POUR LES MERES D'ENFANTS AGES DE 0 - 5 MOIS**  
**UNICEF/LSTM**

<b>IDENTIFICATION</b>	<b>CODES (RESERVE POUR L'ADMINISTRATION)</b>
<b>IDENTIFIANT DU QUESTIONNAIRE</b>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
<b>NUMERO LQAS SUR 19</b> _____  <b>ZONE DE SUPERVISION</b> _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
<b>Région :</b> _____  <b>District :</b> _____  <b>Commune :</b> _____  <b>Village :</b> _____  <b>Nom de l'Interrogé(e)</b> _____  <b>Enquêteur :</b> _____  <b>Date de l'Entretien</b> ____ / ____ / ____ <div style="text-align: center;">Jour / Mois / Année</div> <b>Vérifié par (Superviseur SA)</b> _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>

### **CONSENTEMENT ECLAIRE**

Accueil. Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille avec le district de \_\_\_\_\_.  
Nous faisons une enquête sur les services de santé maternelle et des enfants dans nos communautés.  
Nous apprécierions votre participation à cette enquête. Les informations fournies aideront le district  
à planifier et améliorer les services de santé. L'entretien prendra environ 20 minutes.

Nous apprécions votre participation à ce sondage. Toute information fournie sera confidentielle et  
ne sera montré à personne.

La participation à ce sondage est volontaire et vous pouvez décider de ne pas répondre à toute  
question individuelle ou à aucune question. Cependant, nous souhaitons que vous participiez dans  
cette enquête puisque vos points de vue sont importants.

Maintenant, avez-vous de questions quant à ce sondage ?

Etes-vous d'accord pour participer à ce sondage? OUI ☐ NON ☐

**SI NON, NOTEZ CE MENAGE EN TANT QU'UN REFUS DANS LE TABLEAU DE SEQUENCE DES MENAGES VISITES ET  
PROCEDEZ AU PROCHAIN MENAGE**

**MERCI**

### **RECOMMANDATIONS POUR L'ENQUÊTEUR**

**VERIFIEZ QUE LA MERE A UN ENFANT AGE DE 0-5 MOIS, PRENEZ LA CARTE DE VACCINATION OU LE CARNET  
DE SANTE SI C'EST POSSIBLE POUR VERIFIER.**

**SI PLUS D'UN ENFANT AGE DE 0 - 5 MOIS VIT DANS CE MENAGE, CHOISISSEZ UN AU HAZARD.**

**POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CETTE ENQUÊTE, NE LISEZ JAMAIS LES OPTIONS POSSIBLES SAUF S'IL Y A  
DES INSTRUCTIONS SPECIFIQUES (EN MAJUSCULES ET EN GRAS). ATTENDEZ LA RESPONSE DE  
L'INTERROGE(E) ET PUIS ENTOUREZ/SELECTIONNEZ LA REPONSE DONNEE.**

Notez l'heure à laquelle l'entretien COMMENCE

\_\_\_\_ : \_\_\_\_ HEURE: MINUTE

### Section 1: Profil de la Mère

No.	Questions et Filtres	Catégorie de Codage	Sauts
MB1	Quels sont votre mois et année de naissance?	DATE DE NAISSANCE  MOIS.....__ __  NSP MOIS..... 98  ANNEE .....__ __ __ __  NSP ANNEE.....98	
MB2	Quel âge avez-vous?	AGE (EN ANNEES COMPLETEES) __ __	
MB3	Etes-vous allée à l'école?	OUI.....1 NON .....2	➔MB5
MB4	Si oui, quel est votre niveau d'étude ?	MATERNELLE .....1 PRIMAIRE .....2 SECONDAIRE .....3 PLUS ELEVE.....4	
MB5	Quel est votre statut matrimonial <u>actuel</u> ?	CELIBATAIRE.....1 MARIEE.....2 COHABITATION.....3 VEUVE.....4 DIVORCEE/SEPAREE..... 5	

## Section 2: Profil de l'Enfant

No.	Questions et Filtres	Catégorie de Codage	Sauts
CB1	<b>NOTEZ LE NOM DE L'ENFANT SELECTIONNE:</b>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px; margin: 0 auto;"></div> NOM DE L'ENFANT SELECTIONNE	
CB2	Quel est le sexe de (NOM)?	GARCON .....1 FILLE.....2	
CB3	<p>Maintenant, j'aimerais vous poser des questions quant à la santé de (NOM).</p> <p>Quels sont le mois et l'année de naissance de (NOM)?</p> <p><b>RELANCEZ: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE? SI NECESSAIRE, UTILISEZ LE CALENDRIER DES EVENEMENTS.</b></p> <p><b>SI LA MERE/GARDIEN CONNAIT LA DATE DE NAISSANCE EXACTE, NOTEZ LE JOUR AUSSI; SINON, ENTOUREZ 98 POUR LE JOUR.</b></p> <p><b>LE MOIS ET L'ANNEE DOIVENT ETRE NOTES.</b></p>	<p style="text-align: center;">DATE DE NAISSANCE</p> <p>JOUR .....__ __</p> <p>NSP JOUR .....98</p> <p>MOIS .....__ __</p> <p>ANNEE __ __ __ __</p>	
CB4	Quel âge a (NOM)?	<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> <p>AGE DE L'ENFANT EN MOIS COMPLETES</p>	

## Section 3: L'allaitement exclusif

No.	Questions et Filtres	Catégorie de Codage	Sauts
BF1	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI .....1 NON.....2	➔ BF5

BF2	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein?  <b>SI MOINS D'UNE HEURE, NOTEZ '00' HEURES. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTEZ LES HEURES. SINON, NOTEZ LES JOURS.</b>	IMMEDIATEMENT ..... 00  HEURES.....1 __ __  JOURS.....2 __ __  NE SAIT PAS / NE SE SOUVIENT PAS ..... 98	
BF3	Est-t-il/elle toujours allaité(e)?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 98	➔ BF5
BF4	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)?  <b>SI MOINS D'UN MOIS, NOTEZ "00" MOIS.</b>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-right: 1px solid black; width: 50px; height: 30px;"></div> <div style="width: 50px; height: 30px;"></div> </div> MOIS	
BF5	(NOM), a-t-il/elle bu une des boissons suivantes pendant les dernières 24 heures?  <b><u>LISEZ LA LISTE DE LIQUIDES ET ENTOUREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE</u></b>	LAIT MATERNEL.....1 LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) ;.....2 EAU ..... 3 EAU SUCRÉE OU LES EAU GLUCOSÉE.....4 INFUSION CALMANTE POUR COLIQUES.....5 SOLUTION D'EAU SALÉE SUCRÉ .....6 JUS DE FRUIT .....7 LAIT EN POUDRE POUR BÉBÉ.....8 INFUSIONS .....9 MIEL .....10 AUTRE LIQUIDE (PRECISER).....11 .....96	
BF6	(NOM), a-t-il/elle mangé des aliments solides ou semi-solides durant la journée ou la nuit ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS .....98	
BF7	(NOM) a-t-il/elle bu quelque chose d'un biberon hier ou hier soir?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 98	
BF8	A quel âge faut-il commencer à donner de l'eau à votre bébé?	0-5 MOIS ..... 1 6 MOIS..... 2 7-11 MOIS ..... 3	
BF9	Quels sont les bénéfices de donner du colostrum (lait jaune) à votre enfants ?	PROTEGE L'ENFANT ..... 1 RICHE EN VITAMINE A / EN NUTRIMENTS .....2 MAUVAIS POUR L'ENFANT..... 3 LAIT EXPIRE ..... 4	

#### Section 4: Soins Prénataux

No.	Questions et Filtres	Catégorie de Codage	Sauts
AC1	Avez-vous consulté quelqu'un pour les soins prénataux pendant votre grossesse de (NOM)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	➔ AC4
AC2	Qui avez-vous vu?  <b>RELANCEZ: QUELQU'UN D'AUTRE?</b>  <b>RELANCEZ POUR SAVOIR LE TYPE DE PERSONNE CONSULTÉE ET ENTOUREZ LES REPONSES DONNEES.</b>	PROFESSIONNEL DE LA SANTE: MEDECIN ..... 1 INFIRMIERE / SAGE-FEMME ..... 2  D'AUTRES PERSONNES ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 3 RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... 4  AUTRE (PRECISER) _____ 96	
AC3	Combien de consultations prénatales avez-vous eu durant cette grossesse?	NOMBRE DE CONSULTATIONS ..... __ __  NE SAIT PAS ..... 98	
AC4	Avez-vous votre carnet de santé de votre grossesse de (NOM)?  <b>SI LA MERE DIT OUI, DITES: PUIS-JE VOIR LE CARNET?</b>	OUI, VUE PAR L'ENQUÊTEUR ..... 1 OUI, MAIS PAS DISPONIBLE/PERDUE/EGAREE ..... 2 JAMAIS EU DE CARTE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 98	➔ IT1 ➔ IT1 ➔ IT1
AC5	<b>NOTEZ LE NOMBRE DE VISITES PRENATALES MARQUEES SUR LA CARNET</b>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NOMBRE DE VISITES PRENATALES	

### Section 5: Traitement Préventif Intermittent

No.	Questions et Filtres	Catégorie de Codage	Sauts
IT1	Lors de votre grossesse de (NOM), preniez-vous des médicaments préventifs contre le paludisme?	OUI..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS .....98	➔ IT5 ➔ IT5
IT2	Quels médicaments préventifs avez-vous pris contre le paludisme ?  <b>ENTOUREZ TOUS LES MEDICAMENTS PRIS. VERIFIEZ DANS LE CARNET SI POSSIBLE.</b>	SP/FANSIDAR ..... 1 NE SAIT PAS.....98 AUTRE (PRECISER) .....96	
IT3	<b>VERIFIEZ LA REPONSE A QUESTION IT2 : SI LA REPONSE EST SP/FANSIDAR, DEMANDEZ :</b>  Lors de cette grossesse, combien de fois avez-vous pris le Sulfadoxine Pyriméthamine (Par exemple Fansidar)?	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NOMBRE DE FOIS  NE SAIT PAS .....98	
IT5	Lors de votre grossesse de (NOM), preniez-vous des comprimés de fer ?  <b>MONTRE COMPRIME DE FER VERIFIEZ DANS LE CARNET SI POSSIBLE.</b>	OUI..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS .....98	➔ BA1 ➔ BA1
IT6	Pendant toute la grossesse, pour combien de jours avez-vous <u>reçu</u> le comprimé?  <b>1 MOIS = 30 JOURS, 2 MOIS = 60 JOURS ETC</b>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NOMBRE DES JOURS  NE SAIT PAS .....98	
IT7	Pendant toute la grossesse, combien de jours avez-vous <u>pris</u> le comprimé?  1 MOIS = 30 JOURS, 2 MOIS = 60 JOURS ETC	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NOMBRE DES JOURS  NE SAIT PAS .....98	

## Section 6: Accouchement

No.	Questions et Filtres	Catégorie de Codage	Sauts
BA1	<p>Qui vous a aidé lors de votre accouchement de (NOM)?</p> <p><b>RELANCEZ: QUELQU'UN D'AUTRE?</b></p> <p><b>RELANCEZ POUR SAVOIR LE TYPE DE PERSONNE AYANT AIDE ET ENTOUREZ TOUTES REPONSES DONNEES.</b></p> <p><b>SI L'INTERROGEE DIT QUE PERSONNE NE L'A AIDEE, RELANCEZ POUR DETERMINER SI DES ADULTES ETAIENT PRESENTS LORS DE L'ACCOUCHEMENT</b></p>	<p>PROFESSIONNEL DE LA SANTE:</p> <p>MEDECIN .....1</p> <p>INFIRMIERE / SAGE-FEMME .....2</p> <p>D'AUTRES PERSONNES</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .....4</p> <p>RELAIS COMMUNAUTAIRE .....5</p> <p>FAMILLE / AMI .....6</p> <p>PERSONNE .....7</p> <p>AUTRE (PRECISER)</p> <p>_____ 96</p>	
BA2	<p>Où avez-vous accouché de (NOM)?</p> <p><b>RELANCEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE DE SOURCE.</b></p> <p><b>SI VOUS N'ARRIVEZ PAS A SAVOIR SI C'EST PRIVE OU PUBLIC, NOTEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</b></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><b>(NOM DE L'ENDROIT)</b></p>	<p>MAISON</p> <p>CHEZ VOUS .....1</p> <p>CHEZ QUELQU'UN D'AUTRE .....2</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>MATERNITE CENTRALE .....3</p> <p>MATERNITE DU CH .....4</p> <p>MATERNITE HD .....5</p> <p>CSI .....6</p> <p>CASE DE SANTE.....7</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC (PRÉCISER) .....8</p> <p>_____ 96</p> <p>SECTEUR PRIVÉ MEDICAL</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ .....9</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE .....10</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ (PRÉCISER) 11</p> <p>_____ 96</p> <p>AUTRE (PRECISER)</p> <p>_____ 96</p>	



BA3	Avez-vous payé pour l'accouchement de (NOM)?	OUI.....1 NON .....2 NE SAIT PAS ..... 98	➔ BA1 ➔ BA1
BA4	Si oui, qu'avez-vous payé ?  <b>ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES</b>	CONSULTATION .....1 MEDICAMENTS.....2 TRANSPORT A LA CLINIQUE/HOPITAL.....3 NOURRITURE .....4  AUTRE (PRECISER) _____ 96	
BA5	Combien avez-vous payé en totale?	_____ CFA  NE SAIT PAS.....98	

## Section 7: Messages des Santé

No.	Questions et Filtres	Catégorie de Codage	Sauts
CH1	Avez-vous été en contact avec un relais communautaire durant les trois derniers mois?	OUI.....1 NON .....2	→CH5
CH2	Comment avez-vous été en contact avec le relais communautaire?  <b>LISEZ LES CHOIX DE RESPONSES</b>	VISITE A DOMICILE .....1 COMMUNICATION INTERPERSONNELLE .....2 DISCUSSION DE GROUPE .....3 AUTRES (PRECISER)  _____ 96	
CH3	A quand remonte votre dernier contact avec le relais communautaire?	PENDANT LE DERNIER MOIS .....1 PENDANT LES DERNIERS 2-3 MOIS.....2 IL Y A PLUS DE 3 MOIS .....3	
CH4	Quels messages avez-vous reçu du relais communautaire?  <b>ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES</b>	INFORMATION SUR L'HYGIENE, LAVAGE DES MAINS ET L'ASSAINISSEMENT .....1 CONSEILS SUR L'ALIMENTATION DES NOURRISSONS .....2 CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT EXCLUSIF .....3 UTILISATION DE SRO EN CAS DE DIARRHEE ...4 IDENTIFICATION PRECOCE ET ORIENTATION VERS LES CS EN CAS DE MALADIES.....5 PLANIFICATION FAMILIALE.....6 INFORMATION SUR LES VACCINATIONS .....7 DORMIR SOUS LES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES .....8 AUTRES (PRECISER)  _____ 96  NE SAIT PAS .....98	
CH5	Avez-vous bénéficiez de messages de santé de quelqu'un d'autre que le relais communautaire pendant les trois derniers mois ?	OUI.....1 NON .....2	→BN1
CH6	Qui a facilité cette séance / ces messages?  <b>RELANCEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE DE SOURCE ET ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES</b>	GROUPE DE SOUTIEN .....1 MERE LUMIERE.....2 FAMILLE/AMI.....3 RADIO .....4 AUTRES (PRECISER)  _____ 96	

CH7	Quels messages avez-vous reçu?  <b>ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES</b>	INFORMATION SUR L'HYGIENE, LAVAGE DES MAINS ET L'ASSAINISSEMENT ..... 1 CONSEILS SUR L'ALIMENTATION DES NOURRISSONS ..... 2 CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT EXCLUSIF ..... 3 UTILISATION DE SRO EN CAS DE DIARRHEE... 4 IDENTIFICATION PRECOCE ET ORIENTATION VERS LES CS EN CAS DE MALADIES ..... 5 PLANIFICATION FAMILIALE ..... 6 INFORMATION SUR LES VACCINATIONS ..... 7 DORMIR SOUS LES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES ..... 8  AUTRES (PRECISER) ..... 96 NE SAIT PAS..... 98	
-----	---	---	--

### **Section 8: Utilisation des Moustiquaires**

No.	Questions et Filtres	Catégorie de Codage	Sauts
BN1	Y a-t-il des moustiquaires dans votre ménage actuellement?	OUI ..... 1 NON..... 2	→FIN
BN2	(NOM) a-t-il/elle dormi sous une moustiquaire hier soir?	OUI ..... 1 NON..... 2	→FIN

**POUR CETTE SECTION IL FAUDRA RENTRER DANS LA CHAMBRE POUR OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE SOUS LAQUELLE LE NOURRISON A DORMI SOUS LA NUIT PRECEDANT. VOUS N'AUREZ PEUT-ÊTRE PAS LE DROIT DE RENTRER DANS L'ESPACE OU ON SE COUCHE. DEMANDEZ AU CHEF DU MENAGE DE VOUS DESIGNER UNE PERSONNE POUR VOUS ACCOMPAGNER (SI NECESSAIRE) LORSQUE VOUS OBSERVEZ LA MOUSTIQUAIRE.**

No.	Questions et Filtres	
BN3	Puis-je voir la moustiquaire sous laquelle (NOM) a dormi hier soir ?	OUI ..... 1 NON ..... 2
BN4	Observez ou demandez le type de moustiquaire	IMPREGNEES LONGUE DUREE .....1 PRE-IMPREGNEE.....2 SIMPLE.....3 NE CONNAIT PAS LA MARQUE/TYPE.....4 PAS PERMIS D'OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE.....99

Notez l'heure à laquelle l'entretien SE TERMINE

\_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ HEURE: MINUTE

**MERCI -FIN**